

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 104

DE LA PÉRITONISATION

*comme Traitement préventif
de quelques Accidents consécutifs aux Opérations
Intra-Abdominales*

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André DUSSERRE

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Lons-le-Saunier (Jura), le 1^{er} décembre 1878



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, RUE STELLA, 3

—
1901

DE LA PÉRITONISATION

*comme Traitement préventif de quelques Accidents
consécutifs aux Opérations intra-abdominales*

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 104

DE LA PÉRITONISATION

*comme Traitement préventif
de quelques Accidents consécutifs aux Opérations
Intra-Abdominales*

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André DUSSE

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Lons-le-Saunier (Jura), le 1^{er} décembre 1878

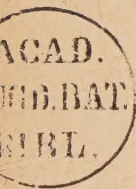


LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, RUE STELLA, 3

—
1901



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE,
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, *Président* ; M. POLLOSSON, *Assesseur* ;
MM. CONDAMIN et BÉRARD, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ces quelques pages en
témoignage de ma profonde affection.

MEIS et AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAROYENNE
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAMIN

Avant de quitter la ville de Lyon, où nous avons passé cinq années, nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte d'exprimer nos sincères remerciements à ceux qui, par leur bienveillance et leur sympathie envers nous, ont droit à notre profonde reconnaissance.

M. le professeur Laroyenne nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous l'en remercions respectueusement.

M. le professeur agrégé Condamin a bien voulu nous indiquer le sujet de notre travail; il nous a toujours accueilli avec bienveillance; qu'il daigne recevoir ici l'expression de notre vive gratitude.

M. le professeur Teissier s'est acquis un droit à notre reconnaissance infinie pour les soins qu'il nous a prodigués avec tant de dévouement, lors de la maladie que nous avons contractée au début de nos études médicales.

Nous avons été profondément touché de l'accueil cordial que nous avons trouvé chez tous ceux qui, durant notre séjour à Lyon, voulurent bien nous recevoir dans leur intimité; nous les en remercions sincèrement.

Merci enfin, aux amis, surtout aux intimes qui nous firent passer bien des heures agréables. Qu'ils nous gardent un bon souvenir; de notre côté nous leur réservons les plus affectueux sentiments.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552408_0013

INTRODUCTION

Les opérations intra-abdominales sont des interventions pouvant devenir graves. Si les résultats qu'elles donnent actuellement sont bons en général, il n'en est pas moins des cas où les suites ne sont pas exemptes de complications, malgré la stricte pratique de l'antiseptie ou de l'asepsie : on ne doit pas oublier, en effet, qu'avec ces méthodes, il y a eu bien d'autres modifications dont il faut tenir le plus grand compte.

Depuis longtemps déjà, les chirurgiens, et particulièrement les gynécologues, se sont émus, à juste titre, des accidents plus ou moins tardifs, observés à la suite d'interventions abdominales. Grâce à quelques relations intéressantes de laparotomies secondaires et d'autopsies, l'expérimentation venant s'ajouter aux faits cliniques, la pathogénie de ces complications post-opératoires s'est éclairée en grande partie.

On sait aujourd'hui qu'une des causes principales de ces accidents réside dans la formation des néo-membranes, qui se créent si facilement entre les surfaces dénuées de péritoine, ou entre les organes abdominaux

lésés lors des interventions; on reconnaît en outre, que les complications post-opératoires sont grandement favorisées par la transsudation toujours abondante, qui se produit au niveau des solutions de continuité de la séreuse.

Les gynécologues ont surtout insisté sur la fréquence des complications survenues par suite des brides plus ou moins solides qui se forment entre les viscères et les pédicules cruentés abandonnés dans la cavité péritonéale, à la suite des diverses opérations sur les organes génitaux internes de la femme, ovariectomie, hystérectomie, ablation de tumeurs, etc... Mais les observations de ces accidents ne sont pas nombreuses, et cela pour deux raisons : la première, c'est que l'on ne se préoccupe pas assez des suites opératoires et que l'on perd de vue les malades opérées; la seconde, c'est que bon nombre de ces accidents ne sont pas suffisamment aigus pour nécessiter l'intervention du chirurgien et, par suite, restent forcément ignorés; ainsi, en est-il le plus souvent, de ces douleurs vagues dans le bas-ventre que ressentent les malades après une marche ou un effort prolongé, de ces coliques passagères, de ces crises douloureuses que l'on mettait autrefois si volontiers sur le compte de l'hystérie.

Aussi, pour parer à ces accidents, quelques chirurgiens avaient recommandé, lors des laparotomies, certaines précautions qui devaient, d'après les faits expérimentaux, mettre les malades à l'abri des complications futures. Mais, ces moyens furent vite jugés insuffisants, et à l'heure actuelle, la plupart des opérateurs reconnaissent que la meilleure façon d'écarter les causes

de ces accidents, c'est d'éviter, autant que possible, de laisser dans la cavité abdominale des surfaces cruentées ou dénuées de séreuse, notamment les pédicules intra-abdominaux.

Nous avons l'intention dans notre travail, de montrer comment procède M. le professeur Laroyenne pour recouvrir de péritoine toutes les surfaces qui en ont été dépouillées lors d'une opération. Nous insisterons sur les avantages de cette méthode, que M. le professeur agrégé Condamin, a exposée il y a quelques années, sous le nom de *péritonisation*.

Après avoir tracé l'historique de la question, nous montrerons les complications que peut entraîner l'abandon de surfaces saignantes dans la cavité péritonéale et nous rapporterons quelques observations de ces accidents, espérant ainsi montrer l'utilité d'un traitement préventif et la nécessité de l'appliquer toutes les fois que cela sera possible. Nous citerons ensuite les recherches expérimentales entreprises pour donner des faits observés une explication pathogénique satisfaisante. Puis, nous décrirons le manuel opératoire employé à la clinique gynécologique de la Charité, en donnant ensuite les avis de quelques auteurs sur la question et en indiquant les procédés divers qu'ils conseillent, suivant les circonstances, mais toujours basés sur le principe de la méthode de péritonisation.

Nous avons reculé devant les difficultés d'établir une statistique comparée des résultats obtenus avec les méthodes anciennes et avec le procédé de M. le professeur Laroyenne. Nous espérons néanmoins avoir fait œuvre utile, en énumérant seulement les accidents aux-

quels sont exposés les malades dans le premier cas, accidents qui nécessitent parfois une intervention secondaire souvent trop tardive, et en essayant de montrer comment, par la péritonisation, on pouvait faire en quelque sorte la prophylaxie de ces complications.

Nous demandons toute l'indulgence de nos juges, si nous ne nous sommes pas montré à la hauteur de notre tâche, en voulant traiter une question aussi difficile ; si nos forces nous ont trahi, ce ne sera pas le bon vouloir qui nous aura manqué.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les complications post-opératoires des interventions abdominales, dues à la présence dans la cavité abdominale de surfaces ou de moignons cruentés, sont déjà d'observation ancienne. C'est en effet, en 1860 que Spencer Wells (1), pour la première fois, après l'ablation d'un kyste de l'ovaire, relate une obstruction intestinale mortelle, causée par des adhérences entre le pédicule, le bassin et l'utérus ayant attiré le paroi abdominale ; vers la même époque, il remarque qu'après les opérations intra-abdominales, il se fait un épanchement qui se collecte dans le cul-de-sac de Douglas et il reconnaît la nécessité de l'évacuer.

(1) SP. WELLS. Pour cet auteur et les suivants, cités dans l'historique, se reporter à l'Index bibliographique.

Depuis cette époque d'assez nombreux faits sont rapportés par les auteurs, les gynécologues surtout, d'adhérences entre les pédicules d'organes ou de tumeurs enlevées, et la paroi abdominale, les organes génitaux internes ou les intestins. Les observations que nous citons montrent que les accidents qui en résultent sont, le plus souvent, loin d'être bénins et entraînent parfois la mort ou nécessitent des interventions secondaires.

Mais, outre ces observations, beaucoup d'auteurs publient des travaux sur ces complications et sur les accidents qui en résultent.

Delbet, en 1889, présente à l'Académie de Médecine un mémoire sur le lavage du péritoine et, dans son travail sur les suppurations pelviennes, il montre que la persistance des douleurs post-opératoires relève des adhérences péritonéales. Un an après paraît la thèse de Collas, sur les occlusions intestinales après les laparotomies — Lauenstein et Von Winiwarter (1892) signalent les adhérences comme cause de phénomènes douloureux souvent observés à la suite des laparotomies.

La thèse de Brenans (1894) sur les avantages et les inconvénients du drainage à la Mickulicz, nous fournit des renseignements sur la provenance et l'abondance de l'exsudation des liquides dans la cavité péritonéale après les laparotomies.

Nicaise (1894) écrit un article sur les adhérences péritonéales douloureuses; Tuja, la même année,

étudie dans sa thèse les occlusions intestinales consécutives aux opérations de laparotomie. Les thèses de Daurignac (1895) et de Naoumoff (1896) ont trait au même sujet; Bouquet de Jolinière (1896) étudie les adhérences péritonéales considérées comme cause de phénomènes douloureux.

Adenot (1896), dans la *Revue de Chirurgie*, publie un bon article sur les occlusions intestinales post-opératoires. Jacques, en 1899, nous donne des renseignements sur l'état actuel de la question.

Quant à la conduite à suivre dans les interventions abdominales, elle a été réglée par de nombreux travaux de laboratoire, entrepris à ce sujet, et surtout par la clinique qui a permis d'éclaircir la véritable pathogénie de ces complications, grâce aux interventions secondaires que l'on a parfois été obligé de pratiquer.

Muller (1887) entreprend des recherches sur la formation des adhérences péritonéales et conclut au rôle prépondérant de l'infection dans leur genèse; ses conclusions sont combattues par Obalinski (1889), qui préconise l'assèchement du péritoine, au cours des laparotomies.

Kelterborn en 1890, après des expériences sur les animaux, en conclut que les adhérences se forment surtout au niveau des surfaces cruentées. En 1891, Thomson fait de nouvelles expériences et conclut que les adhérences se produisent, en dehors de toute infection, au niveau des plaies de laparotomie.

Walthard (1893), après de nombreux travaux, conclut à l'asepsie humide pour éviter les adhérences.

Peter Muller et Tavel confirment ses conclusions.

Byron Robinson reconnaît le rôle protecteur de l'épiploon. En 1894, M. le professeur agrégé Condamin propose la péritonisation des pédicules intra-abdominaux; puis M. le professeur Laroyenne expose son procédé de traitement de l'épiploon.

Noltschini (1897) fait un travail sur la laparotomie secondaire chez la femme. Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu, Forgue et Reclus (1898), dans leurs excellents ouvrages, font une bonne étude des adhérences et exposent leurs idées sur la conduite à suivre pour les éviter. A Bordeaux, des expériences sont entreprises par Auché et Chavannaz, et, à la Société de Biologie (1898), dans un article sur les infections bénignes d'origine opératoire, ils présentent le résultat de leurs travaux.

Puis Hartmann et Richelot, au congrès d'Amsterdam en 1899, faisant une communication sur les perfectionnements apportés dans la technique des opérations gynécologiques, préconisent la suppression des gros moignons et celle des surfaces cruentés. Duret, au même congrès conseille les autoplasties pelviennes sérieuses, dans les cas où il y a de vastes pertes de substance péritonéales. Bouilly au XIII^e congrès de Chirurgie insiste sur deux points de technique dans les laparotomies : la nécessité de la péritonisation et celle du drainage.

Jonnesco, Nanu et Amann, en 1900, au congrès international de Médecine conseillent leurs procédés, dans les opérations intra-abdominales, pour combler les grandes plaies du péritoine. Enfin Quénu recommande la péritonisation de toutes les surfaces cruentées et considère cette méthode comme un principe fondamental dans la chirurgie abdominale.

CHAPITRE II

Complications résultant de l'abandon de surfaces cruentées dans l'abdomen après les interventions.

Les surfaces cruentées sont la source :

- 1° D'adhérences ;
- 2° D'une exsudation abondante.

I. — ADHÉRENCES

Les adhérences épiploïques ou intestinales, celles des organes abdominaux entre eux, sont d'une grande fréquence et figurent parmi les complications éloignées des opérations abdominales en général et des opérations gynécologiques en particulier, étant donné le

grand nombre d'interventions que l'on pratique sur les organes génitaux internes de la femme.

Lorsqu'une surface adhérente a été déchirée et cruentée, lorsqu'une perte de substance existe au niveau du péritoine, les adhérences, dans ces conditions, sont à peu près inévitables. Comme le disent Labadie-Lagrave et Legueu (1), elles correspondent donc presque exclusivement aux surfaces qui ont été avivées et cruentées au cours des opérations. Beaucoup d'entre elles ne donnent jamais de complications ; mais il n'est pas rare de voir, dans un temps variable après l'intervention, parfois plusieurs années, éclater tout à coup une occlusion intestinale, qui devient rapidement mortelle si l'on n'intervient pas de suite.

D'autres fois, ces adhérences sont le point de départ de douleurs plus ou moins intenses et persistantes, qui peuvent, ou bien être suivies d'une obstruction intestinale, ou bien déterminer un certain nombre de troubles fonctionnels altérant progressivement la santé des malades, et pouvant même les amener à la cachexie.

Nous allons, dans ce chapitre passer rapidement en revue les phénomènes douloureux dus aux adhérences et les troubles fonctionnels reconnaissant la même cause.

A. — *Phénomènes douloureux.*

Voici comment s'exprime Delbet (2) sur la persistance des douleurs après certaines opérations gynécologiques :

« Le point sombre, dans tous les traitements de sal-

(1) LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité médico chirurgical de gynécologie.*

(2) DELBET. *Ann. de gyn.*, 1896. Vol. XLVI, p. 537.

pingo-ovarites, c'est qu'il y a des cas où les douleurs persistent après l'opération. Ces cas sont rares, il est même tout à fait exceptionnel que les douleurs qui persistent soient vives ; mais enfin, il y a des malades qui *continuent à sentir leur ventre*, et c'est encore trop. A quoi sont dues ces douleurs ? A l'utérus, disent les uns, mais ce n'est pas un organe très sensible ; d'ailleurs, on voit aussi des malades qui continuent à souffrir après l'ablation de l'utérus. Les douleurs ont d'autres causes : on dit des malades qui souffrent que ce sont des nerveuses ; il y a du vrai dans cette explication, mais elle est un peu trop commode. » Il attribue alors cette persistance des douleurs à une infection légère des fils, pas assez violente pour amener des accidents graves, mais suffisante pour déterminer la formation d'exsudats. A notre tour, nous ajouterons que cette persistance des douleurs est due, le plus souvent à la formation des néo-membranes qui se créent au niveau des pertes de substance du péritoine après les opérations. Nicaise (1), dans son travail sur les adhérences péritonéales douloureuses, et Bouquet de Jolinière (2), dans sa thèse sur le même sujet, ont bien démontré que cet ensemble de symptômes douloureux post-opératoires est manifestement lié à l'existence d'adhérences péritonéales, comme le prouve très bien, dans un grand nombre de cas, la laparotomie secondaire qui fait découvrir des adhérences après la

(1) NICAISE. *Rev. de chir.*, 1894, p. 622.

(2) BOUQUET DE JOLINIÈRE. Thèse de Lyon, 1896.

libération desquelles les phénomènes douloureux disparaissent.

Nous pouvons d'abord signaler ce fait qu'il peut exister des adhérences très étendues sans qu'il se produise de phénomènes douloureux ; mais ces cas sont peu fréquents. Jœnicke, de Breslau (1), prétend même que les adhérences chez les femmes donnent lieu, presque constamment, à des troubles de nature vague « considérés, dit-il, souvent et à tort comme étant d'origine hystérique ».

Lauenstein (2) dans un article sur les adhérences et les cordons épiploïques comme causes de coliques graves, cite des malades souffrant de coliques graves sans qu'il fut possible de poser un diagnostic précis de la cause des symptômes observés. L'incision exploratrice venait éclairer le diagnostic en révélant la présence d'adhérences ou de brides, reliant l'intestin ou l'estomac avec d'autres organes ou avec les parois abdominales. La section de ces brides était suivie presque constamment de la disparition complète des symptômes.

De même, Von Winiwarter, de Liège (3), cite des cas semblables à ceux de Lauenstein. L'un des cas a été opéré quatre fois. Au bout de quelques mois, la malade revint pour des coliques graves. La laparotomie révéla l'existence d'adhérences entre le côlon ascendant et la

(1) JœNICKE. Congrès de Rome, mars, avril, 1894.

(2) LAUENSTEIN. *Archiv. f. Klin. chir.* Bd. XLV, 1892, p. 121. (Rés. in *Sem. Méd.*, 1892, p. 246).

(3) VON WINIWARTER. 21^e Congrès de la Soc. allem. de chir. (Rés. in *Sem. méd.*, 1892.

paroi abdominale ; au bout de quelques mois, nouvelle laparotomie dans laquelle on sectionne de nouvelles adhérences ; enfin, ce ne fut qu'après une quatrième laparotomie que la guérison fut complète et définitive.

L'acuité des douleurs et leur persistance dépendent de la forme, des dimensions, des insertions et de l'ancienneté des adhérences. Nicaise (1) fait une distinction entre celles qui sont formées par un tissu cellulaire mince et lâche, celles qui sont filamenteuses et allongées, mais ne tenant pas les parties en contact immédiat ; et celles enfin, plus ou moins étendues, qui soudent intimement les parties entre elles. Les premières n'occasionnent que peu de troubles ; elles sont d'ordinaire de date récente et ne sont pas assez résistantes pour exercer des tiraillements sur les organes. Celles qui sont constituées par des brides ou des filaments seraient, d'après Nicaise, beaucoup plus douloureuses que celles en surface, étendues, et en général, elles sont plus anciennes et beaucoup plus solides ; certains opérateurs, au cours de laparotomies secondaires, auraient rencontré des brides ayant l'épaisseur d'un fort porte-plume. Ces adhérences provoquent des douleurs vives, surtout lorsqu'elles portent sur l'intestin grêle et lorsqu'elles siègent dans le petit bassin. Notons enfin que l'existence de phénomènes uniquement douloureux est due, la plupart du temps, à des brides épiploïques.

La symptomatologie de ces troubles différera beaucoup, suivant les organes intéressés par les adhérences.

(1) NICAISE, *loc. cit.*

Jacques (1) dans sa thèse sur les adhérences post-opératoires après la laparotomie, passe en revue les caractères des douleurs ayant pour siège l'estomac, le foie, les intestins et le bassin. Il reconnaît que, malgré la rareté du fait, les deux premiers organes peuvent être fixés par des néomembranes venant de l'appareil génital de la femme, bien qu'il soit fort éloigné de ces viscères, ce qui prouve, dit-il, que la topographie des adhérences n'est soumise à aucune règle.

Il n'en est pas de même pour les intestins et pour les troubles observés du côté du petit bassin. En effet, après les opérations gynécologiques, les adhérences le plus communément observées sont celles qui relient les pédicules des organes excisés à l'intestin ou aux parois pelviennes. Or, dans ces conditions, on peut observer simplement des phénomènes douloureux, sans qu'il soit besoin d'admettre pour les expliquer, le rétrécissement d'un conduit ou bien sa coudure sur une bride. Bouquet de Jolinière (2) étudie longuement la pathogénie de ces troubles, et reconnaît qu'il suffit de tiraillements exercés sur les intestins pour provoquer l'apparition de douleurs parfois assez vives pour troubler l'existence des malades et les amener même à la morphinomanie. Ces tiraillements se produisent non seulement au niveau des adhérences, mais encore sur les portions d'anses voisines restées libres, mais gênées dans leur fonctionnement. Aussi, les douleurs seront

(1) JACQUES. Thèse de Montpellier, 1899.

(2) B. DE JOLINIÈRE. *Loc. cit.*

plus accusées au moment du passage des aliments tandis que, dans l'intervalle des digestions, il ne se produira que des sensations vagues. Dans d'autres cas, ce sont des contractures de l'intestin, de véritables *coliques intestinales*, dues à la gêne apportée par les adhérences à la série des ondulations nécessaires à la progression des aliments. Les anses intestinales augmenteront leurs contractions en amont de l'obstacle, d'où production de coliques.

Il est évident, comme dit Bouquet, que si la position des anses intestinales est modifiée par les adhérences, il se produira une diminution du calibre de l'intestin par flexion, coudure ou enroulement, d'où apparition de symptômes d'étranglement léger, venant augmenter encore les souffrances des malades.

Ces adhérences sont parfois l'occasion de douleurs intenses, lorsqu'elles portent sur l'intestin grêle, car cette portion du tube digestif, d'une extrême sensibilité, réagit tout spécialement en provoquant des réflexes douloureux, sous l'influence de la moindre irritation. Ces souffrances peuvent être si violentes que souvent on est obligé de faire une seconde intervention. C'est ce qu'on peut lire dans l'*American text book of gynecology* (1).

« Lorsque les adhérences sont formées avec l'intestin, il y a de la constipation et des douleurs si vives, que les malades demandent une nouvelle laparotomie. »

Quant aux douleurs pelviennes, elles sont beaucoup

(1) *American text book of gynecology*, 1898, p; 613.

plus importantes à considérer que toutes les autres précédemment citées, et cela tient à deux causes :

En premier lieu, c'est que la masse intestinale, après l'ablation d'une tumeur, d'un kyste de l'ovaire, par exemple, ne se trouvant plus refoulée vers la partie supérieure de l'abdomen, pouvant évoluer plus librement dans la cavité péritonéale, glissera plus aisément dans le pelvis (Adenot) (1).

Là, il sera immobilisé dans sa situation nouvelle en raison de l'étroitesse relative du petit bassin, ce qui est une condition de la formation des adhérences, et ce qui crée une gêne considérable aux mouvements normaux de l'intestin. C'est pourquoi ces adhérences pelviennes sont beaucoup plus douloureuses et plus dangereuses que toutes les autres.

D'autre part, les phénomènes douloureux peuvent survenir du côté des annexes et provoquer des troubles divers dépendant de la disposition des adhérences ; celles-ci peuvent faire subir parfois aux ovaires les déplacements les plus variés, ou bien elles peuvent comprimer les trompes, les déplacer ; d'où les douleurs survenant par crises, surtout au moment des règles, s'irradiant dans la région pelvienne ou lombaire.

Les troubles que nous venons de citer ont, la plupart du temps, une intensité croissante ; cela tient à ce que les adhérences qui se forment dans le bassin, sont beaucoup plus solides que partout ailleurs et qu'elles

(1) ADENOT. Des occlusions intestinales post-opératoires (*Rev. de chir.*, 1896).

sont, en général, épaisses et anciennes. Voilà pourquoi les phénomènes douloureux qui se produisent dans ces circonstances apparaissent quelquefois fort tardivement après les opérations intra-abdominales ; mais ils sont souvent permanents et suivis fréquemment aussi d'accidents plus graves pouvant entraîner la mort, l'occlusion intestinale en particulier. Ce sont ces troubles fonctionnels qui feront l'objet du paragraphe suivant.

B. — *Troubles fonctionnels*

Les adhérences ne se bornent pas toujours à produire des symptômes douloureux ; mais, par une gradation insensible, elles peuvent arriver à causer, dans le bon fonctionnement des organes, des troubles, dont le terme ultime est le plus souvent l'occlusion intestinale. Les phénomènes douloureux et les troubles organiques peuvent bien exister indépendamment les uns des autres, mais, le plus fréquemment, ces deux phénomènes pathologiques se trouvent réunis.

Parfois les symptômes douloureux précèdent de longue date les troubles fonctionnels, et ce n'est qu'après des troubles digestifs d'intensité variable, des alternatives de constipation et de débâcle, des nausées, des vomissements, que l'on voit se produire une obstruction intestinale. Lorsque les phénomènes douloureux doivent être suivis de cette grave complication, il est un signe excellent indiquant un danger prochain, c'est la localisation de la douleur.

Mais, dans d'autres circonstances, cet accident sur-

vient inopinément, plus ou moins tardivement après l'opération qui en est la cause et c'est alors qu'une intervention hâtive est souvent nécessaire pour lever l'obstacle à la circulation des matières.

William Easterly Ashton (1) dans un article sur la pathogénie des obstructions intestinales consécutives aux opérations abdominales et pelviennes, Collas (2), Tuja (3) et Naoumoff (4), dans leurs thèses sur les occlusions intestinales après les laparotomies; Adenot (5) et Legueu (6), dans leurs travaux sur le même sujet, ont bien montré quelles étaient les causes de ce grave accident. Adenot, dans son excellente classification des occlusions post-opératoires, distingue :

1° Celles qui sont dues à des adhérences intestinales au niveau des surfaces cruentées;

2° Celles qui sont dues à des brides;

3° Enfin les occlusions par position vicieuse.

Voici comment il s'exprime sur celles du premier groupe, les plus intéressantes à notre point de vue :
« C'est là certainement la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale après les laparotomies... Cette première catégorie d'occlusions comprend d'ailleurs deux ordres de faits, un peu différents quant à la cause

(1) W. EASTERLY ASHTON. *The Medical News*, 30 juillet 1892. (Rév. in *Archiv. gén. de Méd.*, 1893.)

(2) COLLAS. Thèse de Paris, 1890.

(3) TUJA. Thèse de Lyon, 1895.

(4) NAOUMOFF. Thèse de Montpellier, 1896.

(5) ADENOT. *Loc. cit.*

(6) LEGUEU. *Bulletin médical*, 26 septembre 1894.

même de l'occlusion : les adhérences peuvent, en effet, s'effectuer d'une part, au niveau des pédicules cruentés et, d'autre part, elles peuvent s'établir entre des anses d'intestin voisines, ou bien entre des anses intestinales et le péritoine pariétal, l'épiploon, la vessie, les uretères.

Tantôt il s'est produit une adhérence intestinale et, par suite, une coudure au niveau du pédicule d'un kyste de l'ovaire enlevé ; ce sont les cas les plus fréquents, non seulement en raison de la fréquence même des kystes de l'ovaire, mais aussi, comme le dit M. Quénu, en raison des conditions créées par la tumeur kystique de l'ovaire et par l'ovariotomie.

Tantôt, l'adhérence de l'intestin s'est établie sur le pédicule d'une salpingectomie. Dans les cas de ce genre, les portions d'intestin qui adhèrent au pédicule appartiennent aux portions inférieures de l'intestin qui avoisinent le pédicule lui-même.

Le gros intestin, dans la portion voisine du pédicule, peut, de cette même manière, offrir des adhérences avec celle-ci. Au contraire, dans les kystes de l'ovaire, la masse intestinale s'est laissée refouler, comprimer dans la partie supéro-postérieure de l'abdomen. Il en résulte, qu'après l'ablation du kyste ordinairement très volumineux, l'intestin grêle, qui est le plus mobile, tombe par son propre poids dans la cavité du petit bassin où il contracte alors des adhérences. Et en effet, après les opérations de kystes de l'ovaire, ce sont ces adhérences de l'intestin grêle qui sont presque toujours notées.

Les adhérences peuvent s'établir au niveau de l'épi-

plœon, surtout lorsque l'opérateur a été obligé de pratiquer des résections plus ou moins étendues de cet organe.

Les mêmes causes d'occlusion par adhérences peuvent se présenter à la suite d'opérations par la voie vaginale.»

Quant aux occlusions par brides, pour Adenot, elles donnent lieu aux mêmes considérations que celles qui sont dues à des adhérences entre surfaces cruentées. Des anses intestinales peuvent venir se couder et s'étrangler sur des brides ayant pour point de départ le plus fréquent les pédicules cruentés, et l'occlusion se trouve ainsi réalisée. A propos de la troisième classe enfin, il cite le volvulus, l'invagination qui peuvent se manifester longtemps après la laparotomie, plusieurs années même, et voici comment il termine : « Enfin, des anses intestinales peuvent s'engager dans des orifices ou cavités anormaux : trous créés à travers l'épiploon, espaces étroits formés par des rétractions cicatricielles ou des déplacements d'organes. L'épiploon, adhérent au péritoine pariétal, peut former un anneau à travers lequel l'intestin a pu s'engager ; un pédicule de kyste de l'ovaire adhérent à l'intestin et au bassin, formait un espace où vint s'étrangler une anse du jéjunum. »

En dehors des cas d'occlusion intestinale, on peut observer des accidents divers portant sur les nombreux organes contenus dans la cavité abdominale ; c'est ainsi que Jacques (1), dans son travail, étudie les troubles fonctionnels pouvant se produire au niveau de l'estomac

(1) JACQUES, *Loc. cit.*

(sténose et dilatation consécutive), foie (coliques hépatiques, ictère), ou de la vésicule biliaire (coliques vésiculaires). Mais, comme nous n'avons pu trouver de relations à ce sujet, nous ne ferons que mentionner la possibilité de telles complications. En somme, les adhérences post-opératoires, quelle que soit leur topographie, qu'elles soient épiploïques ou intestinales, qu'elles relient un pédicule à la paroi ou à un organe abdominal quelconque, peuvent être la source d'accidents fort graves. Il n'est même pas nécessaire que les adhérences soient très épaisses et très résistantes pour causer ces complications.

Voici ce que dit M. le professeur agrégé Condamin (1) à ce propos : « Easterly Ashton n'a-t-il pas démontré qu'il suffisait parfois d'une très mince adhérence épiploïque à une anse intestinale, pour voir survenir un arrêt complet dans le cours des matières et finalement une occlusion intestinale absolue. Vient-on, par une laparotomie secondaire, à faire cesser cette adhérence, qui, cependant, ne déterminait ni compression, ni couture, on voit le cours des matières se rétablir et le malade guérir. Qu'on incrimine, dans ce cas, la contraction spasmodique de l'intestin au niveau de l'adhérence, par suite de phénomènes de péristaltisme, peu importe. Le fait existe et semble rendu indéniable par les observations de l'auteur précité. »

(1) R. CONDAMIN. *Archives de toxicologie et de gynécologie*, juin 1894.

II. — EXSUDATION

On sait actuellement que, lorsqu'une surface dans l'abdomen a été dépouillée de son revêtement séreux sur une plus ou moins grande étendue, il en résulte une tendance aux exsudations et aux absorptions « qui favorisent grandement les septicémies, les infections et les suppurations, les phlébites et les thromboses veineuses. » (Duret) (1).

Lorsque le liquide épanché est du sang pur, il ne présente aucun danger, s'il est peu abondant. Seulement, il est bien rare qu'il en soit ainsi; le sang qui suinte au niveau des surfaces dénudées de la séreuse, arrive bien souvent dans la cavité péritonéale au contact des matières contenues dans une tumeur et qui n'ont pu être entièrement évacuées par une toilette soigneuse après l'opération, ou bien, il se mêle au pus d'un foyer septique ou aux produits sécrétés par la plaie et putrescibles au plus haut point. Or, la présence du sang favorise énormément les accidents septiques, et c'est ce qui faisait dire au professeur Forgue (2) : « L'hémostase absolue est ici plus qu'ailleurs la condition de l'évolution aseptique », puis, citant l'expérience de Waterhouse : « Waterhouse inocule le staphylocoque doré en suspension dans l'eau distillée sans infecter la

(1) DURET de Lille. *Annales de gyn.*, 1893.

(2) FORGUE ET RECLUS, 1898.

séreuse; il y ajoute du sang et l'animal meurt de péritonite. C'est que, pour atteindre cette prolifération massive qui est la caractéristique de l'infection puerpérale suraiguë, les germes pathogènes ont besoin d'un milieu de culture; le meilleur leur est fourni par le sérum sanguin. Or, il est fréquent de laisser dans le petit bassin une certaine quantité de sang; elle vient parfois de l'imperfection des ligatures, faute technique inévitable; elle résulte le plus souvent de la rupture des adhérences et des suintements en nappe qui lui font suite. Il importe au plus haut point de mettre la séreuse à sec. »

L'exsudation séreuse peut être abondante, et ce n'est pas là un des moindres inconvénients. En effet, de même que le sang, elle facilite beaucoup la production des accidents septiques et peut donner lieu, tantôt à une péritonite, si le liquide n'est pas résorbé, tantôt, au contraire, à la septicémie; mais, ces complications sont exceptionnelles aujourd'hui, la méthode antiseptique nous permettant de lutter avec avantage contre la pénétration des germes en quantité suffisante pour déterminer de semblables accidents. Toutefois la résorption de cette abondante transsudation se fait difficilement et crée un véritable danger chez les sujets débilités, au cœur et aux reins dégénérés.

Le plus grand inconvénient de ces épanchements, c'est qu'ils peuvent s'organiser par la suite en un tissu conjonctif adulte. Le plus souvent, l'exsudat devenu solide fait adhérer les anses intestinales entre elles sur une assez grande surface, et en général, cela n'amène pas d'accidents; mais si les rapports normaux des anses

intestinales sont détruits, de par le fait de néo-membranes, ou si un point de l'intestin est enserré par une bride, il se produit alors tous les accidents étudiés à propos des adhérences.

CHAPITRE III

Pathogénie de l'exsudation et des adhérences

Nous allons voir succinctement les conditions qui favorisent l'exsudation et les adhérences au niveau des surfaces cruentées dans la cavité péritonéale.

A. *Exsudation*. — C'est surtout au niveau des pertes de substance péritonéales que se produit une sécrétion intense de sérosité durant les premières heures qui suivent les laparotomies ; de plus, si l'hémostase a été faite imparfaitement, il se produit un suintement sanguin qui vient augmenter encore l'abondance des liquides épanchés. C'est particulièrement à la surface de section des pédicules cruentés que se produisent ces phénomènes. C'était dans la crainte de cette sécrétion et de l'infection consécutive que l'on traitait, il y a quel-

ques années, la plupart des pédicules par la fixation au dehors de la cavité abdominale.

De même, c'est un fait acquis aujourd'hui, lorsque le péritoine a été lésé au cours d'une opération, surtout au voisinage des surfaces cruentées, il se fait un exsudat tapissant la surface endommagée ; on voit apparaître une substance molle et élastique à laquelle vient souvent s'ajouter un exsudat liquide contenant des substances fibrinogènes pouvant se coaguler au contact des globules rouges ou du sérum sanguin (Graser) (1) et donner lieu à la production d'adhérences.

En dehors du pouvoir exsudant du péritoine et des surfaces cruentées, il faut aussi tenir grand compte du pouvoir absorbant de la séreuse. Depuis longtemps, en effet, on a reconnu avec quelle rapidité sont résorbés les liquides épanchés dans la séreuse, surtout si elle est saine ; au temps où l'antisepsie laissait à désirer, nombre de cas de septicémie étaient signalés après les laparotomies, et c'est pourquoi les chirurgiens avaient cherché à évacuer les épanchements qui se produisent dans la cavité abdominale : de là est né le drainage.

Il peut se faire, soit une exsudation séreuse pure, soit une exsudation de liquide séro-sanguinolent, si des adhérences vasculaires ont été déchirées au cours de l'opération, ou si le pédicule d'un organe excisé a été imparfaitement ligaturé. L'abondance des liquides transsudés varie avec l'étendue des surfaces dénudées

(1) GRASER. Sur l'adhérence primitive des surfaces séreuses (24^e congrès de la Soc. all. de chir.). — (*Sem. méd.*, 1895, p. 194).

et avec les changements de la pression intra-abdominale, comme cela se produit, par exemple, après l'ablation d'une tumeur volumineuse (Brenans) (1).

Quant au pouvoir de résorption des liquides épanchés dans le péritoine, il semble dépendre encore, comme le dit Brenans, du degré d'élévation de la pression intra-abdominale et des mouvements péristaltiques de l'intestin. Il diminue lorsque la pression intra-abdominale s'abaisse, après l'ablation d'une grosse tumeur, ou lorsque les intestins, longtemps exposés à l'air, se sont paralysés. « Nous devons ajouter, dit-il, que l'état général de la nutrition a une grande influence sur le pouvoir résorbant de la séreuse... Chez les individus anémiés, affaiblis, il est presque impossible qu'il n'y ait pas un trouble dans ce rapport entre le pouvoir absorbant et le pouvoir exsudant du péritoine. »

Or, lorsque le pouvoir de résorption est diminué et que l'épanchement est abondant, l'exsudat stagnera dans la cavité péritonéale, et alors donnera lieu, soit à des accidents septiques (péritonite, septicémie), soit à des adhérences, par suite de l'organisation de l'épanchement en tissu conjonctif.

B. *Adhérences*. — Les complications les plus dangereuses sont, sans aucun doute, celles qui proviennent de la formation des adhérences post-opératoires ; aussi cette question a-t-elle beaucoup préoccupé les auteurs

(1) BRENANS. Thèse de Lyon, 1894,

qui ont tenté de nombreuses expériences pour rechercher quelles étaient les conditions qui favorisaient leur formation.

Dans la séreuse péritonéale, comme dans toutes les séreuses, il se produit nécessairement un retentissement du travail morbide développé en son voisinage; il en résulte la succession des phénomènes désignés depuis Hunter, sous le nom d'inflammation adhésive, chute de l'épithélium, vascularisation et production d'une fausse membrane, laquelle s'organise en un tissu conjonctif qui soude plus ou moins intimement les deux feuillets.

Ces fausses membranes se produisent avec une grande rapidité, et Marion (1), de Chicago, a montré que, dans des conditions favorables, on peut les trouver après six ou douze heures; il a fait des expériences sur des animaux et s'est rendu compte que des greffes épiploïques larges de 2 à 4 centimètres et longues de 4 à 5 centimètres, devenaient entièrement adhérentes au bout de douze à dix-huit heures et que les vaisseaux apparaissaient nombreux en dix-huit ou quarante-huit heures. Ranvier (2) fit aussi des expériences avec le nitrate d'argent, et il montra comment et avec quelle grande rapidité se formaient les adhérences. Il a vu apparaître les vaisseaux au bout de quelques heures.

Diverses causes ont été invoquées pour savoir sous quelles influences se développent ces fausses mem-

(1) MARION. *Gaz. des Hôp.*, 1889, p. 1195.

(2) RANVIER. *Communicat. à l'Acad. des sciences.* Avril, 1891.

branes. C'est ainsi que l'on a successivement incriminé le contact de l'air, les antiseptiques, les traumatismes, l'irritation par des corps étrangers.

Rôle de l'air. — Pour Walthard (1), c'est le contact de l'air atmosphérique avec la séreuse normale de la cavité abdominale qui provoque la formation des adhérences péritonéales. A la suite de laparatomies aseptiques faites sur des chats et des lapins, il conclut que l'air, en desséchant le péritoine, amène la mortification des couches superficielles de cellules, ce qui est la grande cause des adhérences. Il en déduit que la méthode ordinaire consistant à faire une toilette sérieuse du péritoine et à l'assécher autant que possible est dangereuse et doit être abandonnée. On devra recourir à l'asepsie humide et aux lavages du péritoine.

Rôle des antiseptiques. — Muller (2) préconise l'emploi des antiseptiques dans le péritoine, car, pour lui, c'est l'infection qui est le facteur étiologique le plus important dans la formation des néo-membranes. Il recommande, au cours de l'opération, l'introduction d'eau salée dans la cavité abdominale.

En 1889, Obalinski (3) s'inscrit en faux contre ces idées, et par des expériences sur des lapins, démontre que les liquides antiseptiques sont très rapidement résor-

(1) WALTHARD. *Corrêsp. blatt. f. Schweitzer ärzte*. N° 15, (août 1893, p. 513).

(2) MULLER. *Deutsche Zeit. f. Chir.*, 1887.

(3) OBALINSKI. *Berlin, Klin. Woch.*, 1889, p. 251, n° 12.

bés et que, loin d'empêcher la formation des adhérences, ils semblent les favoriser. Ses conclusions relatives à l'assèchement du péritoine sont admises aujourd'hui par la plupart des chirurgiens.

Rôle du traumatisme et des corps étrangers. — Dembowski (1) montre par l'expérimentation, que les corps étrangers, les ligatures, les eschares provoquent sûrement des adhérences et que, d'autre part, l'iodoforme, les caillots sanguins, les liquides irritants et antiseptiques, les lésions diverses du péritoine n'ont pas d'action notable et ne déterminent pas des adhérences.

Mais Kelterborn (2), après des expériences sur des chats et des lapins, arrive à des conclusions opposées : les exfoliations épithéliales, les eschares du péritoine dans les cas non compliqués, ne provoquent aucune formation d'adhérences ; les ligatures intra-abdominales ne donnent pas lieu, en général, à la formation d'adhérences ; elles accusent plutôt une tendance à l'enkystement. Lorsque des adhérences se forment après la laparotomie, le péritoine étant normal, il y a infection dans l'immense majorité des cas.

Thomson (3), de Dorpat, reprenant la question, chercha, dans ses expériences, à se placer dans des conditions se rapprochant autant que possible de la

(1) DEMBOWSKI. *Centr. f. gyn.*, 1891, p. 281.

(2) KELTERBORN. *Centr. f. gyn.*, 1890, p. 913.

(3) THOMSON. Recherches expérimentales sur la formation des adhérences après la laparotomie *Centr. f. gyn.*, 1891, Bd. XV, n° 5.

clinique, et, dans son remarquable travail, il parvient à prouver qu'il se produit des adhérences intestinales et épiploïques, en dehors de toute infection, au niveau des plaies de laparotomie tout à fait stériles, comme au niveau des plaies musculaires volontairement produites au niveau de la paroi abdominale interne. De plus, les corps étrangers, même stériles (gaze iodoformée, par exemple), à condition qu'ils aient un certain volume et qu'ils soient capables de déterminer une irritation assez intense, provoquent la formation d'adhérences dans la cavité abdominale. Quant aux conséquences relatives au traitement, qu'il tire de ces propositions, elles sont à citer au chapitre de thérapeutique.

D'après Scenger (1), il n'est pas besoin de deux surfaces cruentées péritonéales pour produire des adhérences; une seule suffit. Au niveau de la perte de substance, la séreuse ne se reforme pas et les adhérences sont inévitables.

Quelques années plus tard, Peter Muller (2) et Tavel (3) montrent que l'irritation mécanique du péritoine a une grande importance au point de vue de la production des néo-membranes.

Zweifel (4), Doderlein (5) et Schiffer (6) sont aussi d'avis que les dégâts mécaniques ou chimiques inter-

(1) SCENGER, *Centr. f. gyn.*, 1894, n° 38.

(2) P. MULLER, *Corresp. blatt. f. Schweizer ärzte*, n° 17, 1^{er} sep. 1893.

(3) TAVEL *Coeresp. blatt. f. Schweizer ärzte*, n° 17, 1^{er} sept. 1893.

(4) ZWEIFEL, *Centr. f. gyn.*, 1894, n° 38.

(5) DODERLEIN, *Centr. f. gyn.*, 1894, n° 38.

(6) SCHIFFER, *Centr. f. gyn.*, 1894, n° 38.

viennent pour une grande part dans la genèse des néo-membranes.

Enfin, Byron-Robinson (1) arrive à montrer par ses expériences, portant sur l'épiploon, que celui-ci a deux rôles : il oppose une barrière efficace à l'infection, car il se greffe rapidement autour des surfaces dénudées de l'intestin, de la paroi abdominale, des trompes ou de l'appendice ; puis il empêche les adhérences de l'intestin avec la paroi abdominale en s'interposant entre eux.

En somme, nous voyons que l'expérimentation n'est pas venue éclaircir beaucoup la pathogénie des néo-membranes, jusqu'à ces dernières années ; non seulement les expériences sont nombreuses, mais encore elles se contredisent bien souvent.

Les seuls points acquis actuellement c'est que :

1° L'infection joue certainement un rôle dans la production des adhérences ;

2° De même les antiseptiques forts interviennent pour une grande part dans leur genèse, d'où la substitution, actuellement, de la méthode aseptique à la méthode antiseptique dans les opérations intra-abdominales ;

3° Ce sont surtout les surfaces dénuées de péritoine, et la non-résorption des exsudats par la séreuse qui favorisent énormément la production des néo-membranes, presque fatales si ces deux conditions sont réunies.

(1) BYRON-ROBINSON. *In thérapeutique chirurgicale*, Forgeue et Reclus, 2^e édit., 1898.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I (résumée)

(SPENCER WELLS. — *Medical Times and Gazette*, 10 mars 1860)

Diagnostic. — Kyste multiloculaire de l'ovaire très adhérent.

Opération le 27 février. — Le kyste est enlevé par laparotomie, son pédicule est fixé au milieu de la plaie abdominale par une épingle. Un pédicule épiploïque est fixé à l'angle supérieur de la plaie.

Le 28 février. — Signes d'obstruction intestinale.

Le 29, les symptômes s'accroissent, on enlève l'épingle qui transfixe le pédicule du kyste.

Mort 46 heures après l'intervention.

Autopsie. — Le pédicule du kyste adhérait à la face postérieure du grand bassin et au fond de l'utérus tiré obliquement hors du petit bassin. La portion inférieure du jéjunum était

étranglée entre le pédicule et la paroi abdominale. Dans le petit bassin, épanchement considérable de sérosité. Pas de traces d'inflammation.

OBSERVATION II (résumée)

(LÉOPOLD. — Dreizig laparotomien. *Dieses archiv.*, Bd XX, 1879)

Kyste glandulaire double.

Ovariectomie double. Ligature difficile à droite, le pédicule étant très large; on est obligé de le morceler pour le lier.

Mort le sixième jour.

Autopsie. — Pas de péritonite. Soudure intime du gros intestin avec les deux pédicules.

OBSERVATION III (résumée)

(SCHRODER. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1879, n° 1)

Ovariectomie très laborieuse à cause de nombreuses adhérences.

Mort le onzième jour au cours d'une deuxième laparotomie commandée par des symptômes d'obstruction intestinale.

Autopsie. — Le pédicule adhérait à l'articulation sacro-iliaque droite et comprimait le rectum.

OBSERVATION IV (résumée)

(OLSHAUSEN. — *Die Krankheiten der Ovarien.* Stuttgart, 1886)

Ovariectomie. Tumeur de 20 kilog.

Quinzième jour. Symptômes d'occlusion intestinale.

Vingt-unième jour. Deuxième laparotomie. Adhérence intestinale avec coudure au niveau du pédicule cruenté, ayant déterminé l'occlusion.

Guérison rapide.

OBSERVATION V (résumée)

(SKUTSCHE. *Corresp. der Allgem. arz. Ver. von Tubingen*, 1886)

Kyste de l'ovaire droit. Ovariectomie.

Mort le quatrième jour après des symptômes d'occlusion intestinale.

Autopsie. — Adhérence de l'intestin grêle au niveau du pédicule cruenté et coudure à ce même niveau.

OBSERVATION VI (résumée)

(MULLER. — *Deutsche Zeit. f. chir.*, 1887)

Ovariectomie pour kyste de l'ovaire.

Symptômes d'étranglement consécutifs. Deuxième laparotomie le dixième jour.

Mort.

Autopsie. — Bride péritonéale aplatissant l'intestin.

OBSERVATION VII (résumée)

(ERNST SONNTAG. — *Berlin. Klin. Woch.*, décembre 1887)

Double ovariectomie.

Réunion par seconde intention de la suture tégumentaire.

Neuf mois après, accidents d'occlusion intestinale chronique.

Seconde laparotomie : paquet d'épiploon soudé au péritoine pariétal et ayant entraîné des anses intestinales qui se sont aplaties et coudées. Excision de la cicatrice et ablation d'une masse épiploïque.

Guérison consécutive.

OBSERVATION VIII (résumée)

(REICHEL. — *Zeitschr. f. Geb. und gyn.*, Bd XV, 1887).

Hystérectomie vaginale pour cancer du col. Pas de suture de la plaie; drainage du cul-de-sac de Douglas par de la gaze iodoformée. Après des symptômes d'occlusion intestinale, laparotomie le huitième jour. Adhérences de l'intestin grêle à la plaie péritonéale. Pas de péritonite généralisée. Mort sur la table d'opération.

OBSERVATION IX (résumée)

(TUTTLE. — *Obst. Soc. of New-York and J. of obst.*, 1888, p. 611)

Salpingotomie. Quinze jours après, accidents d'étranglement. En rouvrant le ventre, Tuttle trouve l'intestin grêle fixé par des adhérences au fond du petit bassin. Il détruit les adhérences et la malade guérit.

OBSERVATION X (résumée)

(NIEDERBING. — *Centr. f. gyn.*, 1888, p. 183)

Mort par ileus quelques jours après l'opération. A l'autopsie on trouve une adhérence de l'épiploon (qui avait été réséqué à cause de l'hémorragie), à une anse intestinale et un volvulus.

OBSERVATION XI (résumée).

(C. JACOBS. — *Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1889)

Double salpingectomie. Le lendemain, nouvelle laparotomie pour retirer les tampons. Deux jours après symptômes

d'occlusion intestinale très prononcée. Troisième laparotomie : on détache une adhérence de l'S iliaque avec coudure au niveau du pédicule droit.

OBSERVATION XII (résumée)

(SALIN. — *Hygica Stockholm*, 1889. Bd. I, p. 12. D'après les *Annals of Surgery*.
Mai 1890, p. 400)

Ovariectomie facile. Le troisième jour symptômes d'obstruction intestinale. Laparotomie dans la nuit du quatrième au cinquième jour après l'opération. Une anse intestinale adhérait au pédicule, d'où une coudure avec occlusion.

Mort le lendemain.

OBSERVATION XIII (résumée)

(TERRILLON. — *In thèse de DAURIGNAC*, 1895)

Malade opérée d'une ovario-salpingite double chez laquelle on avait trouvé l'appendice iléo-cœcal fortement adhérent à la collection salpingienne droite. Guérison.

Dix-huit mois après, symptômes brusques d'étranglement interne. Laparotomie le cinquième jour après le début des accidents : on trouve une anse d'intestin grêle engouée et prise entre l'appendice iléo-cœcal et la symphyse pelvienne à laquelle ce dernier était adhérent. Guérison.

OBSERVATION XIV (résumée)

(GALLEZ. — *Acad. de Méd. de Belgique*, 26 septembre 1891. *In thèse de DAURIGNAC*)

Laparotomie pour suppuration pelvienne.

Deuxième laparotomie, quelques jours après, en présence de signes d'obstruction ; on résèque une portion d'épiploon épaissi. Persistance des signes.

Troisième laparotomie, une bride épiploïque est sectionnée. Guérison.

OBSERVATION XV (résumée)

(W. EASTERLY ASHTON. *The medical News*, 1892. — Rés. in *Arch. gén. de Med.*, 1893. Obs. rapportée par AHERN.)

Laparotomie pour kyste énorme de l'ovaire droit. Symptômes d'occlusion intestinale; réouverture le neuvième jour. Adhérence intestinale avec le pédicule et les deux surfaces pelviennes cruentées. Au niveau d'une de ces adhérences, l'intestin formait un angle aigu.

OBSERVATION XVI (résumée)

(*Id.*, Obs. rapportée ANDERSON)

Laparotomie pour un kyste de l'ovaire. Symptômes d'occlusion; réouverture le vingtième jour.

Une anse de l'intestin grêle adhère à la surface cruentée. Guérison.

OBSERVATION XVII (résumée)

(*Id.* Obs. rapportée par COE)

Hystérectomie vaginale. Kyste de l'ovaire droit enlevé. La plaie du péritoine est laissée ouverte; on introduit un tampon de gaze iodoformée. Réouverture le cinquième jour après des symptômes d'occlusion. Anse d'intestin grêle adhérente à la lèvre droite de la section du vagin. Mort le lendemain par shock.

OBSERVATION XVIII (résumée)

(*Id.* Rapportée par COE)

Hystérectomie vaginale. Réouverture le septième jour. Adhérences de la partie inférieure de l'iléon aux lèvres de la plaie vaginale. Mort pendant l'opération.

OBSERVATION XIX (résumée)

(*Id.* Rapportée par OLSHAUSEN)

Hystérectomie vaginale. Réouverture le neuvième jour. Coudure et adhérence d'une anse de l'iléon à la plaie vaginale. Mort dans les 24 heures. Autopsie : deux anses intestinales sont adhérentes à la même plaie vaginale.

OBSERVATION XX (résumée)

(*Id.* Rapportée, par COE)

Hystérectomie vaginale. Mort le huitième jour. Adhérences au vagin.

OBSERVATION XXI (résumée)

(*Id.* Opérée de BLAKMANN)

Hystérectomie vaginale. Mort le septième jour. Adhérences de l'iléon au vagin.

OBSERVATION XXII (résumée)

(*Id.* Opérée de LÉOPOLD)

Hystérectomie vaginale. Mort le quatrième jour. Deux anses intestinales adhèrent au vagin avec formation de deux angles.

OBSERVATION XXIII (résumée)

(*Id.* Opérée de LANDAU)

Hystérectomie vaginale. Réouverture le septième jour ; mêmes adhérences.

OBSERVATION XXIV (résumée)

(*Id.* Opérée de Coë)

Hystérectomie vaginale. Réouverture le deuxième jour. Adhérences de deux anses à la plaie vaginale. Mort, 14 heures après.

OBSERVATION XXV (résumée)

(LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Ann. de gyn.*, 1892)

Ovariectomie. Signes d'obstruction le neuvième jour. Deuxième laparotomie : anses intestinales englobées dans un tissu fibreux dense et adhérentes à l'épiploon. Libération des adhérences. Guérison.

OBSERVATION XXVI (résumée)

(LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Ann. de gyn.*, 1892)

Ovariectomie. Déchirures épiploïques. Mort le septième jour.

Autopsie. — L'épiploon déchiré s'était accolé à une anse d'intestin grêle tordue sur son axe.

OBSERVATION XXVII (résumée)

(LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Ann. de gyn.*, 1892)

Ovariectomie avec larges résections épiploïques. 17 jours après, deuxième laparotomie pour signes d'occlusion : on détache les anses d'intestin adhérentes aux sections épiploïques.

Deux heures après, selle. Guérison.

OBSERVATION XXVIII (résumée)

(TERRILLON. — *Ann. de gyn.*)

Ablation d'un gros fibrome.

Neuf mois après, deuxième laparotomie pour symptômes d'occlusion intestinale aiguë : des anses intestinales comprimées par un gâteau épiploïque lui sont adhérentes. On les libère. Guérison.

OBSERVATION XXIX (résumée)

(RICHELOT. — *In* thèse de Guilleminot, 1895)

Hystérectomie abdominale pour fibrome.

Opération le 7 mai 1892. — Enucléation assez facile. Une pince est placée sur une adhérence épiploïque postérieure; le pédicule de la tumeur est large; ligature à la soie. Une fois paré, le moignon est cautérisé au thermocautère qui fonctionne très mal; la surface du pédicule est touchée au sublimé.

Dès les premiers jours après l'intervention, un peu de fièvre puis empatement du côté droit; il se forme une collection purulente qui fut ouverte au-dessus de l'arcade crurale.

Il ressort de cet examen que la collection purulente a pris naissance dans le tissu cellulaire avoisinant le moignon, probablement au niveau du moignon même, insuffisamment cautérisé; le pus, séparé de la cavité péritonéale par le lambeau péritonéal antérieur, a fusé dans la fosse iliaque droite. On dirait que ce fait a été choisi à dessein pour montrer l'utilité de la cautérisation très soignée du moignon et en même temps celle de la couverture péritonéale contre les infections venant du pédicule.

Guérison consécutive.

OBSERVATION XXX (résumée)

«L.-N. WARNEK. — *Soc. d'accouch. et de gyn. de Kieff.*, octobre-novembre 1893)

Ablation double des annexes. Accidents d'obstruction intestinale incomplète, dès le surlendemain. Mort malgré une deuxième laparotomie faite le dix-neuvième jour. Adhérences entre quelques anses intestinales et le pédicule droit.

OBSERVATION XXXI (résumée)

(SCHIFFER. — *Centr. f. gyn.*, 1894)

Laparo-oophoro-hystéro-myomectomie. Long pédicule intrapéritonéal.

Mort six jours après l'opération à la suite d'occlusion intestinale.

Autopsie. — Dans le bassin, liquide séreux sanguinolent, pas de péritonite. Sur le pédicule, formations fibrineuses auxquelles adhèrent trois circonvolutions de l'intestin grêle.

OBSERVATION XXXII (résumée)

(SCHIFFER. — *Cent. f. gyn.*, 1894)

Ovariectomie facile. Le neuvième jour, mort après des signes d'obstruction intestinale.

Autopsie. — Adhérences d'une frange épiploïque du côlon descendant, particulièrement longue et large, avec le pédicule. Par-dessous cette bride, une circonvolution de l'intestin grêle avait glissé et s'était soudée depuis peu avec le pédicule.

OBSERVATION XXXIII (résumée)

(SCHIFFER. — *Centr. f. gyn.*, 1894)

Kysto-ovariotomie droite, salpingo-oophorectomie gauche. Mort huit jours après l'opération, après des symptômes d'étranglement intestinal.

Autopsie. — Adhérence d'une bride épiploïque avec le pédicule droit. Au-dessous, une circonvolution de l'intestin grêle, tordue autour de son axe, dans un état de gangrène bien avancée. Tout près, foyer sanieux enkysté.

OBSERVATION XXXIV (résumée)

(ROUFFART, de Bruxelles. — *Revue de clinique et thérapeutique*, 1894)

Hystérectomie vaginale. Un mois après occlusion intestinale : dans une première laparotomie on sectionne une bride ; les signes s'accroissant, deuxième laparotomie deux jours après ; une deuxième bride formée par l'épiploon, ayant glissé le long de la paroi abdominale et en arrière de la vessie, était venue se fixer au moignon formé par les ligaments larges et le vagin.

Mort le troisième jour.

OBSERVATION XXXV (résumée)

(ROUFFART. — Acad. de Méd. de Belgique, 24 décembre 1894)

Hystérectomie vaginale. Quelque temps après, laparotomie pour symptômes d'obstruction intestinale ; une bride était adhérente au moignon vaginal et étranglait une anse intestinale.

Guérison.

OBSERVATION XXXVI (résumée)

(QUÉNU. — *Gaz. des hôp.*, 31 mars 1894)

Hystérectomie vaginale. Des symptômes d'occlusion intestinale allant s'accroissant, le quatrième jour, par le toucher vaginal, en promenant le doigt tout autour de la collerette péritonéale, on a la sensation fort nette que l'on détache des adhérences.

Guérison rapide.

OBSERVATION XXXVII (résumée)

(QUÉNU. — *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 septembre 1894)

Ablation d'un kyste de l'ovaire.

Avant de refermer l'abdomen, le grand épiploon est étendu au-devant de la masse intestinale.

Symptômes d'étranglement léger consécutif; le quatrième jour, le palper est douloureux au niveau du pédicule. La malade souffre de coliques vives. L'occlusion intestinale devient manifeste le lendemain.

Intervention secondaire le soir du cinquième jour. On trouve un peu de liquide séreux dans la cavité péritonéale. En déroulant les anses intestinales, on éprouve une légère résistance du côté du petit bassin; après avoir exercé une légère traction, on amène au milieu de l'incision abdominale une anse intestinale coudée en canon de fusil et présentant près de son sommet une sorte de champignon de matière fibrineuse, débris d'adhérences au niveau du pédicule cruenté. Près de ce sommet, siégeait un étranglement demi-circulaire, assez serré, développé sur le bord libre de l'intestin.

L'anse libérée, l'intestin est remis en place, l'épiploon est étalé à nouveau.

Guérison complète.

OBSERVATION XXXVIII (résumée)

(BOUILLY. — *Soc. de chir.*, 6 janvier 1895)

Deux ans après une ovariectomie, accidents d'étranglement rapidement mortels.

Autopsie. — Brides péritonéales.

OBSERVATION XXXIX (résumée)

(In thèse de NAUMOFF, 1896)

Double ovariectomie, les pédicules liés sont abandonnés dans la cavité péritonéale.

Début des accidents le dixième jour après l'opération.

Le treizième jour, l'occlusion intestinale s'accroissant, on fait une seconde laparotomie : on constate une double adhérence avec coudure au niveau du pédicule droit.

Mort 5 heures après l'opération, dans le collapsus.

Autopsie. — On trouve une nouvelle adhérence de l'intestin grêle au pédicule dans une région inférieure à celle qu'on avait libérée.

OBSERVATION XL (résumée)

(In thèse JACQUES, 1899)

Ablation des annexes gauches en 1896.

Douleurs très pénibles, nécessitant une seconde intervention.

A gauche, à l'extrémité du moignon, adhère un bloc d'épiploon se continuant avec une corde épiploïque tordue et épaissie elle-même. L'épiploon est sectionné, bordé de péritoine, à la façon de Laroyenne ; la trompe est excisée ras l'utérus et enfouie sous une suture péritonéale. Guérison.

OBSERVATION XLI

(In thèse JACQUES, 1899)

Ablation des annexes gauches. Douleurs nécessitant une laparotomie secondaire 9 mois après.

Un bloc d'épiploon adhère au moignon de la trompe; il est réséqué, les douleurs disparaissent.

OBSERVATION XLII

(In thèse JACQUES, 1899)

Ovario-salpingectomie gauche. Persistance des douleurs. Laparotomie secondaire. Bride épiploïque chroniquement enflammée, adhérent au moignon des annexes excisées. Libération de la bride. Guérison.

OBSERVATION XLIII (résumée)

(In thèse JACQUES, 1899)

Ablation des annexes en novembre 1897. En mai 1898, la malade rentre à l'hôpital pour douleurs. Laparotomie secondaire. Une bride épiploïque, terminée par un bloc d'épiploon sclérosé, adhère à la fois à la corne utérine et à la paroi pelvienne postérieure. Excision de la bride. Le moignon est recouvert de péritoine. Guérison.

Cette malade n'était pas une nerveuse.

NOTA. — Parmi les observations que nous avons rapportées, il en est certaines qui ne sembleraient pas très démonstratives au point de vue qui nous occupe; les auteurs qui les ont publiées n'ont pas, en effet, précisé suffisamment la cause des adhérences post-opératoires constatées, soit à l'autopsie, soit pendant une seconde intervention. Nous avons cru néanmoins qu'il était utile de les reproduire, parce qu'elles sont assez explicites pour que la formation des néo-membranes soit attribuée vraisemblablement aux pertes de substance de la séreuse par le fait de l'opération primitive.

CHAPITRE VI

Traitement préventif; la péritonisation

Nous avons énuméré les divers accidents pouvant résulter de la présence des surfaces cruentées dans la cavité abdominale: production d'adhérences capables d'entraîner la mort par occlusion intestinale, douleurs rendant parfois la vie intolérable aux malades, production d'abondants exsudats au niveau des pertes de substance de la séreuse, pouvant épuiser des malades déjà affaiblis ou anémiés, ou déterminer des accidents septiques.

En présence de complications parfois si graves, l'importance d'un traitement préventif n'est pas à discuter; c'est du reste un point qui ressort des conclusions de Noltschini (1) dans son remarquable *Mémoire*

(1) NOLTSCHINI. *Ann. de gyn.*, 1897.

sur la laparotomie secondaire chez la femme: si, avec les progrès de la technique de la laparotomie et l'application de l'asepsie, les complications comme la péritonite, le glissement d'une suture donnant lieu à des hémorragies et la compression des uretères deviennent de plus en plus rares, les cas d'iléus restent toujours assez nombreux, et c'est à la prophylaxie qu'il faut attacher le plus d'importance pour éviter cette complication.

Il ne s'agit pas, en effet, de traiter seulement les accidents lorsqu'ils existent avec tous leurs symptômes; on arrive souvent trop tard en agissant ainsi, et, comme le montrent les observations que nous rapportons, bien des cas mortels se sont produits, malgré les interventions secondaires fréquemment tentées dans de pareilles circonstances.

Pour se mettre à l'abri de ces dangers, les auteurs ont donné divers conseils sur la conduite à tenir pendant les opérations de laparotomie. Ce n'est que depuis une dizaine d'années, c'est-à-dire depuis que la pathogénie des complications a été partiellement élucidée, que le traitement est devenu rationnel.

Kelterborn (1), après des expériences sur des chiens et des lapins, avait remarqué que, après l'application de pointes de feu sur les organes abdominaux, foie, estomac, intestin, les cicatrices étaient lisses et qu'elles ne contractaient pas d'adhérences; dans son travail sur le *Mode de formation des adhérences péritonéales*

(1) KELTERBORN. Du mode de formation des adh. pér. après la laparotomie *Centr. f. gyn.*, 1890; p. 913.

après la laparotomie, il en déduisait que, toutes les fois que l'on détache des adhérences au cours d'une laparotomie, il fallait rôtir toutes les surfaces saignantes au thermocautère, pour éviter la reproduction des néomembranes. De là, sa pratique, lors des opérations intra-abdominales, de faire des pointes de feu au niveau des plaies dénuées de séreuse.

Actuellement, la plupart des opérateurs sont d'avis que le meilleur traitement prophylactique consiste à combler les pertes de substance du péritoine, soit par la suture des feuillets séreux entre eux, si cela est possible, soit encore au moyen de l'épiploon appliqué au-devant des surfaces saignantes. C'est ainsi que Kaltenbach (1) recommande de toujours étaler l'épiploon au-devant des anses intestinales, et de comprendre le péritoine dans les sutures pour éviter les adhérences à la paroi ; il faudra ensuite examiner avec soin l'épiploon, enlever les brides qui pourraient exister entre lui et la paroi abdominale ou celle du bassin et obturer la perte de substance de l'épiploon résultant de la résection de ces brides. On évitera enfin de léser l'endothélium péritonéal et de l'irriter le moins possible ; pour cela on n'emploiera pas de solutions antiseptiques concentrées, il suffit de liquides aseptiques.

De même, Thomson (2), dans son travail sur les adhérences péritonéales, conclut à la nécessité de suturer

(1) KALTENBACH. In thèse de Collas, 1890.

(2) THOMSON (de Dorpat). — Rech. expérim. sur la format. des adhé. périt. après la laparotomie (*Centr. f. gyn.*; 1891, Bd. XV, N° 5).

exactement les plaies avec des fils de soie, si l'on veut éviter la plupart du temps la production d'adhérences étendues. De plus, « avant la fermeture de l'abdomen, il importe d'étendre l'épiploon en arrière de la paroi abdominale, dans le but de prévenir la formation des néo-membranes. »

Toutefois, ces précautions ne sont pas suffisantes pour mettre les malades, autant que possible, à l'abri des adhérences ultérieures ; elles n'ont trait en effet, qu'aux simples déchirures du péritoine et surtout à celles de la paroi abdominale antérieure ; or le simple étalement de l'épiploon, que recommandent les auteurs étrangers, ne suffit pas, la plupart du temps comme nous le verrons, pour jouer son rôle de protection au-devant de la masse intestinale.

C'est en France que cette question fut bien réglée. M. le professeur Laroyenne vit le premier la nécessité du traitement préventif ; sa longue expérience lui avait montré, depuis longtemps déjà, l'importance de certaines précautions opératoires, lors des interventions abdominales, afin d'obtenir l'occlusion complète de la cavité péritonéale. Il insiste surtout sur le traitement de l'épiploon et sur le traitement des pédicules intra-abdominaux.

I. — TRAITEMENT DE L'ÉPIPLOON

« Laroyenne, dit M. Forgue (1), vient d'insister sur la *fonction chirurgicale* de l'épiploon, démontrée par

(1) FORGUE et RECLUS, 2^e édition, p. 591.

les expériences de Byron-Robinson. L'épiploon a un double rôle : il oppose une barrière à l'infection, en se greffant autour des dénudations traumatiques de l'intestin, de la paroi abdominale, des trompes ou de l'appendice ; il empêche les adhérences, s'interposant entre la paroi et les intestins. » « Tous ceux, dit M. Laroyenne, qui ont pratiqué des laparotomies, ont eu, d'instinct, la pensée qu'il serait à souhaiter que l'intestin fût, autant que possible, recouvert par une surface épiploïque avant la fermeture de la cavité abdominale. D'autre part, on a nettement l'impression que ce tablier épiploïque, étalé sur la masse viscérale, a la plus grande tendance à remonter, emporté par les mouvements intestinaux, vers son insertion, c'est-à-dire vers l'estomac ; dès lors, les organes qui étaient recouverts ou qu'on vient de recouvrir, ne le sont pas ou ne doivent plus l'être, avant même qu'on ait achevé de refermer l'abdomen. Pour éviter à ce retrait de l'épiploon, je suture son bord inférieur, en l'étalant sans le distendre et par un ou deux points de suture de catgut fin, au péritoine pariétal, au niveau de l'arcade fémorale. On peut encore, si l'épiploon est assez long, passer ces fils, non plus au niveau de son bord inférieur, mais à 8 ou 10 centimètres au-dessus, de façon à laisser dans le petit bassin sa portion inférieure, pour recouvrir les surfaces dénudées. »

Quelques opérateurs, pour mieux fermer les perforations de l'estomac à la suite d'ulcères, ont même recommandé d'utiliser les propriétés de l'épiploon en le relevant contre l'orifice. C'est ainsi que Braun (1)

(1) BRAUN. *Centralb. f. chir.*, 1897, n° 27.

conseille, toutes les fois qu'il est impossible de réunir par la suture les bords de l'ulcère perforé, de pratiquer l'occlusion de la perforation en suturant aux bords de l'ulcère une portion de l'épiploon. Ce procédé a donné à l'auteur des succès complets dans deux cas.

De même M. le médecin-major Rioblanco (1), rapportant un cas d'ulcère perforant de l'estomac, avec péritonite généralisée, puis mort consécutive malgré la laparotomie, conseille d'appliquer devant les sutures imparfaites l'épiploon relevé.

Aujourd'hui, c'est une pratique habituellement suivie que cet étalement de l'épiploon sur les surfaces insuffisamment recouvertes de péritoine; seulement, pour ne pas rendre illusoire cette précaution, il faudra procéder à la façon de M. le professeur Laroyenne, en fixant l'épiploon aussi près que possible de l'arcade crurale.

II. — TRAITEMENT DES PÉDICULES INTRA-ABDOMINAUX

Le recouvrement des gros moignons par le péritoine, moignons d'hystérectomie, par exemple, est une méthode entrée dans la pratique courante des opérations gynécologiques; mais M. le professeur agrégé Condamin (2) a montré, il y a quelques années, que des accidents pouvaient se produire même après l'abandon dans l'abdomen de pédicules cruentés fort minces, tels que pédicules ovariens, épiploïques ou salpingiens ne

(1) *Lyon-Médical*, 1898 (Soc. de Méd. de Lyon. Séance du 28 nov. 1898).

(2) R. CONDAMIN. *Lyon-Médical*, 1894, p. 567.

mesurant que quelques millimètres de surface de section. En s'appuyant sur les observations d'E. Ashton, il a fait remarquer que de très minces adhérences pouvaient parfois à elles seules causer une occlusion intestinale complète ; aussi insistait-il sur un point particulier de la pratique de M. le professeur Laroyenne, consistant à recouvrir de péritoine les plus petits pédicules cruentés. Voici comment M. le professeur agrégé Condamin décrit ce procédé qu'il a appelé d'une façon expressive : *la péritonisation* : « Sous le nom de péritonisation des pédicules intra-abdominaux, nous désignons le recouvrement de la surface cruentée de ceux-ci par une collerette de séreuse péritonéale ; son but est d'empêcher une exsudation relativement abondante et toujours dangereuse quand le pédicule est volumineux ; quand il est petit, de mettre à l'abri des adhérences avec les organes voisins, et surtout l'intestin... Voici comment l'on procède à la clinique gynécologique du professeur Laroyenne : Pendant qu'un aide maintient par le fil constricteur ou une pince hémostatique le pédicule en dehors de la cavité abdominale, on fait un surjet au catgut fin avec une petite aiguille à suture. Cette suture, si l'on veut obtenir un recouvrement parfait, ne doit intéresser que le péritoine et la conjonctive qui le double. On adosse alors, comme pour les deux lèvres d'une plaie cutanée, les bords de la séreuse. Ainsi se trouve péritonisée la surface cruentée d'un pédicule.

... Les points du surjet doivent être assez rapprochés, sans quoi quelques fragments de la partie centrale du pédicule s'interposent entre les lèvres de la collerette du péritoine, ce qui rendrait illusoire la péritonisation. »

Ce procédé a été décrit aussi par Kreutzmann (1) sous le nom de *traitement rétropéritonéal* du pédicule, à propos de l'ablation des tumeurs ovariennes et des annexes. Voici comment il opère : Après avoir saisi la tumeur ou les annexes, il dissèque avec les ciseaux une petite collerette séreuse qui se trouvera au dessus du point de ligature. Le pédicule étant bien dénudé, il le sectionne progressivement en pinçant les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se présentent. Puis, il se débarresse alors de la tumeur et procède à la ligature des vaisseaux. Cela fait, il recouvre le tout de la séreuse qui est suturée par un surjet au catgut. Telle est la technique employée par cet auteur depuis quelques années, soit pour l'ablation des grosses tumeurs ovariennes, soit pour l'ablation des annexes enflammées. Cette technique nécessite d'après lui certaines précautions, telles que la position inclinée, une hémostase parfaite ; enfin, il est nécessaire que le pédicule soit accessible à la vue et sur toutes ses faces. C'est en somme la péritonisation, mais sous un autre nom.

Les avantages de cette méthode ne nous semblent pas discutables, bien que certains auteurs trouvent qu'un tel procédé a l'inconvénient d'allonger des opérations déjà graves ou de les compliquer inutilement. Nous avons pu voir assez souvent à la clinique gynécologique de la Charité, M. le professeur agrégé Condamin employer la péritonisation lors de l'ablation de tumeurs pédiculées et nous nous sommes rendu compte que ce

(1) H. KREUTZMANN. *Americ., J. of. obst.*, 1896. Vol. XXXIV, p. 830-834.

procédé n'allonge pas sensiblement la durée des interventions. En effet, le décollement de la séreuse, sur une étendue d'un ou deux centimètres n'est pas d'une grande difficulté, en général ; le point un peu délicat du procédé, c'est la suture exacte des bords de la séreuse au dessus de la surface de section du pédicule, car ce dernier est parfois assez profondément situé et rend un peu difficile ce temps de l'opération ; néanmoins, même dans les cas où le péritoine se décollait difficilement, et où le pédicule était d'un accès peu aisé, nous avons pu constater que la péritonisation ne prolonge pas au-delà de trois minutes au maximum la durée des interventions. Dans les cas ordinaires, l'application du procédé n'excède pas deux minutes. C'est dire que l'objection formulée plus haut ne mérite pas d'entrer en ligne de compte, surtout si l'on considère la gravité des accidents pouvant survenir lorsqu'on néglige ces précautions.

Le manuel opératoire variera nécessairement suivant les opérations que l'on a à pratiquer.

Lorsqu'il s'agit d'un petit kyste de l'ovaire, par exemple, ou d'une bride épiploïque sectionnée, la surface de section du pédicule est en général peu étendue, et peut ne mesurer qu'un centimètre ou même quelques millimètres ; dans ces conditions, le péritoine peut être très facilement ramené par dessus le moignon, de façon à le recouvrir complètement, et il est alors inutile de conserver une grande étendue de séreuse au dessus de la ligature ; on fait simplement glisser le péritoine sur les plans sous-jacents en tirant légèrement sur lui, et on arrive ainsi à adosser exactement ses

deux feuillets de façon à cacher *entièrement* la surface cruentée.

D'autres fois, on a affaire à un pédicule volumineux, comme celui qui résulte de l'amputation supra-vaginale de l'utérus. On doit se comporter vis-à-vis du moignon comme de nombreux opérateurs procèdent lors des hystérectomies ; toutes les méthodes relatives à cette opération ont actuellement pour principe commun d'appliquer le péritoine sur la plaie opératoire ; mais suivant les avis, et suivant les circonstances, on fait soit une collerette séreuse autour du pédicule, soit des lambeaux antérieur et postérieur, égaux ou inégaux. Lorsqu'il existe une quantité de péritoine suffisante pour recouvrir le moignon, on peut se contenter de disséquer, sur le pourtour de l'organe à enlever, une collerette de séreuse suffisamment vaste pour s'appliquer complètement sur le moignon ; d'autres fois, le pédicule étant trop volumineux, on doit le réduire autant que possible, et pour cela, on le creuse à la façon d'un cône, afin d'obtenir, l'opération une fois achevée, un moignon plus ou moins arrondi à son extrémité, qu'il sera alors beaucoup plus facile de péritoniser. La plupart du temps on combine ces deux procédés.

Cette méthode, qui concerne surtout les pédicules utérins, est depuis assez longtemps employée en Allemagne ; c'est ainsi que Chrobak (1), en 1881, l'emploie sous le nom de traitement rétro-péritonéal du pédicule

(1) CHROBAK. *Centr. f. gyn.*, 1891, n° 35.

dans toutes les amputations supra-vaginales de l'utérus. Il dissèque en avant et en arrière du col, deux lames de péritoine qu'il vient appliquer et suturer sur le moignon.

Hoffmeier (1), au congrès de la Société allemande de gynécologie et d'obstétrique tenu à Halle en 1888, modifie le *modus operandi* de Chrobak, en ce sens qu'après avoir disséqué des lambeaux péritonéaux très vastes sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, il les décolle aussi bas que possible et après avoir amputé le col il fait une double couverture au moyen des deux lambeaux et par une suture continue au catgut.

Quant à Richelot (2), au congrès français de chirurgie de 1893, à propos du traitement des fibromes utérins, il expose son procédé à peu près analogue à celui de Chrobak ; seulement, il ne taille pas deux lambeaux égaux, il fait le lambeau antérieur assez grand et le postérieur petit, de façon à empêcher la surface cruentée et la cavité utérine imparfaitement désinfectées, d'inoculer le péritoine, au cas où les sutures séro-séreuses viendraient à céder. Au congrès d'Amsterdam, en 1899, il donne (3) son appréciation sur la méthode : « Cependant la surface cruentée du moignon, son asepsie imparfaite malgré l'action du thermocautère, les adhérences intestinales, le sphacèle de la partie

(1) HOFFMEIER (de Wurtzbourg). *Ann. de gyn.*, 1898. Vol. XLIX, p. 97.

(2) RICHELLOT. *Ann. de gyn.*, 1893.

(3) RICHELLOT. *Ann. de gyn.*, 1899. Vol. LII.

étranglée, l'élimination tardive de la ligature à travers le museau de tanche et après une suppuration d'assez longue durée, nous donnaient encore des ennuis, voire même des échecs; avec d'autres auteurs, je substituai la soie forte au cordon élastique, je taillai un lambeau de péritoine pour recouvrir le moignon; l'opération devint alors excellente. »

Quelques chirurgiens non seulement recommandent de recouvrir de péritoine les gros moignons utérins, mais ils proposent de les supprimer et de reconstituer toutes les fois que cela sera possible un plan continu de séreuse sur toutes les parties qui en ont été dépouillées lors des interventions. Hartmann (1), dans sa communication sur les perfectionnements apportés dans la technique des opérations gynécologiques, après avoir énuméré quelques accidents dus aux pédicules que l'on faisait il y a quelques années : hémorragie par glissement, occlusion intestinale par adhérence d'une anse au moignon cruenté, noyaux douloureux, causes de gêne et de tiraillements, préconise la suppression des gros moignons et des ligatures en chaîne et la suppression des surfaces cruentées. Voici comment il s'exprime sur cette dernière modification : « Un point qui nous semble avoir son intérêt, c'est de supprimer toutes les parties cruentées en enfouissant les ligatures et en suturant avec soin le péritoine du petit bassin, comme on suture celui de la paroi abdominale, reconstituant à la fin de l'opération un plancher pelvien. »

(1) HARTMANN. Congrès d'Amsterdam, août 1899. (*Ann. de gyn.*, 1899. Vol. LII.)

Lorsqu'il fait une hystérectomie, il se comporte ainsi vis-à-vis du péritoine : il rejoint par une incision superficielle du péritoine passant en avant de l'utérus, au-dessus de la vessie, les extrémités supérieures des incisions des ligaments larges. Poussant le décollement sur les côtés de l'utérus, il relève ainsi une sorte de grand lambeau péritonéal antérieur et arrive sur le pédicule hypogastrique de l'utérus. Cet organe une fois sectionné, il ramène par-dessus un plan de sutures vaginales, le lambeau péritonéal antérieur, suture ce péritoine antérieur, au milieu, à celui de la face postérieure du vagin et sur les côtés, au feuillet postérieur des ligaments larges, recouvrant ainsi les ligatures vasculaires et les parties cellulaires mises à nu. Hartmann a revu quelques malades opérées par cette méthode et voici ce qu'il rapporte : « Elles n'ont aucun écoulement vaginal, aucune douleur, même après les fatigues ; l'examen bimanuel fait, chez toutes, constater une cicatrice vaginale souple ; nulle part, il n'y a la moindre induration, le moindre épaissement. Nous avons du reste, chez une de nos anciennes opérées, morte sept mois après l'intervention d'un cancer de l'estomac, pu constater combien étaient anatomiquement parfaits les résultats. Sur la pièce, on voit que le péritoine se continue lisse et régulier, sans le moindre relief ni la moindre induration, de la vessie sur le rectum. » Pozzi (1), dans son traité, conseille aussi de recouvrir la section des moignons avec du péritoine soigneusement suturé, de fermer au catgut les ligaments larges divisés

(1) POZZI, *Traité de gynécologie*, 1897.

ou dilacérés dans les manœuvres de décortication. Nous voyons¹ ainsi que nombre d'auteurs ont reconnu aujourd'hui la nécessité de cacher les surfaces cruentées sous le péritoine : la plupart du temps le procédé est simple, car il reste suffisamment de péritoine pour combler les surfaces saignantes. Ainsi lorsque la séreuse est seulement déchirée, rien n'est plus facile que de suturer ses deux bords ; lorsqu'il s'agit d'une perte de substance même un peu étendue, on peut encore réussir à la recouvrir de péritoine, grâce à la mobilité du feuillet pariétal.

Mais il est cependant des cas, où il devient fort difficile de reconstituer partout des surfaces séreuses ; lorsqu'il y a des plaies irrégulières, des lambeaux déchiquetés, de larges surfaces privées de péritoine, la péritonisation peut devenir même impossible. Quelques chirurgiens ont alors imaginé des procédés divers pour soustraire aux complications post-opératoires, les malades qui se trouvent dans ces conditions. Ainsi, lorsque, après l'ablation de fibromes inclus dans le tissu cellulaire du bassin, l'excavation pelvienne se trouve, sur une large étendue, dépouillée de son revêtement séreux, on peut faire alors ce que M. Duret (1) propose, sous le nom d'*autoplasties pelviennes séreuses*. S'il s'agit d'un gros fibrome latéral inclus sous le ligament large, la paroi latérale du bassin étant dénudée sur une vaste surface triangulaire à base inférieure et à sommet dans la fosse iliaque correspondante, on ferme cet espace en

(1) DURET (de Lille). *Ann. de gyn.*, 1899, vol. LII.

unissant la lèvre antérieure et la lèvre postérieure de la plaie séreuse ; on les rapproche l'une de l'autre, et on obtient ainsi une sorte de *torsade péritonéale*, qui ferme l'espace privé de séreuse.

Si le fibrome est antérieur ou postérieur, il arrive que la grosse tumeur attire à elle, pour s'en revêtir, tout le péritoine voisin des fosses iliaques, de la région lombaire, et étale les replis séreux qui attachent les organes voisins. Dans tous ces cas, quand on a enlevé le néoplasme, l'excavation pelvienne entière, la région lombaire et les fosses iliaques sont absolument privées de séreuse. M. Duret pratique alors ce qu'il appelle l'*exclusion séreuse* du bassin et des organes qui y sont contenus : il ramasse les débris péritonéaux dans la région lombaire et dans les fosses iliaques et les fixe au péritoine pariétal de la paroi inférieure de l'abdomen par une suture continue au catgut. Il en résulte un plan ou *diaphragme séreux*, qui s'étend horizontalement du pubis au promontoire. Il ferme complètement la séreuse abdominale.

Dans d'autres circonstances, on peut encore avoir recours aux procédés employés par Jonnesco (1) et par Nanu (2) ; le premier auteur conseille, lors des hystérectomies abdominales totales, à défaut de péritoine suffisant, de fermer la cavité pelvienne par la suture du côlon pelvien au péritoine vésical. Dans les cas où le

(1) JONNESCO (de Bucarest). Cong. internat. de méd. Sect. de gyn. (*Rev. de Chir.*, 10 sept. 1900).

(2) NANU (de Bucarest). Cong. internat. de méd. Sect. de gyn. (*Rev. de Chir.*, 10 sept. 1900).

drainage est inutile, il procède de cette façon ; mais s'il est utile, il refait quand même le plancher péritonéal et fait alors un drainage sous-péritonéal du pelvis, pour assurer un écoulement plus facile des sérosités sécrétées par les larges surfaces résultant du décollement des poches annexielles ou de fibromes intra-ligamentaires. De plus, dans tous les cas où les ovaires sont sains, il les sépare des trompes et de l'utérus et les conserve en les plaçant sous le plancher péritonéal, en dehors donc de la cavité abdominale, pour éviter toute adhérence ultérieure possible avec les anses intestinales ou l'épiploon.

Nanu, à propos des castrations abdominales totales, recommande de même sa technique : éviter la formation de gros pédicules, reconstituer le plancher péritonéal avec des lambeaux préalablement obtenus par le décollement ou par la dissection et, faute de ceux-ci, avec ce qui reste du péritoine rétro-vésical et la séreuse du côlon pelvien.

Enfin, Amann (1) (de Munich), dans une communication sur la réparation des pertes de substance péritonéales dans les opérations faites dans le petit bassin, expose, au Congrès de médecine de 1900, les méthodes qu'il pratique avec succès dans de nombreux cas. Lorsqu'au cours des opérations abdominales et abdomino-vaginales, il s'est fait des pertes de substance considérables, on est contraint de renoncer à leur réunion par la suture du péritoine environnant. L'auteur cite

(1) AMANN (de Munich). *Rev. de Chir.*, sept. 1900.

les principaux cas où l'on est obligé d'enlever des portions étendues de péritoine : abcès du petit bassin, dégénérescence maligne du péritoine lui-même (sarcome, carcinome), troubles de nutrition de la séreuse, dus au développement étendu des tumeurs intraligamentaires de l'utérus ou de l'ovaire.

« Mais, dit Amann, ces pertes de substance sont le point de départ de brides, d'adhérences, qui existent malgré le drainage. Jusqu'à présent, pour prévenir ces inconvénients, on a pratiqué le drainage en haut et en bas ; mais il ne prévient sûrement pas les adhérences et brides qui peuvent obstruer, au-dessus du drainage, et diminuer la cavité pelvienne. Des occlusions intestinales peuvent même se produire, quelquefois très tard. » L'auteur propose alors deux méthodes pour recouvrir ces pertes de substance : la première consiste à mobiliser et à transplanter le péritoine de voisinage ; la seconde consiste à transporter, sur ces pertes, des organes couverts de péritoine.

En ce qui concerne la première méthode, voici comment il procède : il commence, à partir des lèvres de l'incision abdominale, à décoller progressivement le péritoine jusqu'à la cavité de Retzius. Cette façon de procéder permet de séparer ou de décoller une plus grande partie du péritoine de la vessie. Cette partie du péritoine est devenue plus mobile et peut être attirée jusqu'à la paroi postérieure du bassin. Dans la seconde méthode, l'auteur emploie l'S iliaque ou la vessie : il sépare d'abord l'S iliaque de ses adhérences éventuelles et il le tire doucement vers le côté droit du cœcum et jusqu'à la paroi latérale du bassin, où il pourra être

employé pour combler les pertes de substance. S'il y a nécessité d'extirper l'utérus, il fixe par des sutures l'S iliaque à droite et à gauche, à la paroi latérale du bassin, et en avant, à la vessie ou à la paroi postérieure de l'abdomen. Dans les cas où il conserve l'utérus, il fixe l'S iliaque à la paroi postérieure de l'utérus et latéralement aux parois du bassin. Au-dessous de ce toit formé par l'S iliaque couvert du péritoine et suspendu à son mésentère, il pratique le drainage (abdominal ou vaginal) avec de la gaze iodoformée. Cette séparation de la partie inférieure du bassin du reste de la cavité abdominale offre, d'après lui, des avantages spéciaux dans le cas d'abcès des organes génitaux qui se trouvent en communication avec l'intestin, par exemple des pyosalpinx avec irruption dans le gros intestin, ou des tumeurs suppurées de l'ovaire.

L'auteur se sert de la vessie après l'extirpation abdominale totale, lorsque le méso de l'S iliaque est raccourci par infiltration et qu'il n'y a pas par conséquent possibilité de transplanter l'S iliaque. Dans ce cas, il fixe la vessie par une suture à la paroi postérieure ou à l'S iliaque. Dans certains cas, il sépare la vessie, par voie transpéritonéale, de la paroi antérieure du bassin pour la rendre ainsi plus mobile. La suture est faite avec du catgut fin.

L'auteur a employé ces méthodes dans plus de 50 cas d'hystérectomie abdominale où il y avait de très grandes pertes de substance, dans 18 autres cas où l'utérus fut conservé et enfin dans 2 cas où il fallait pratiquer l'opération au cours de la péritonite. Tous ces cas ont été suivis de guérison et jamais Amann n'a observé d'acci-

dent causé par cette transplantation de l'S iliaque ; la fonction intestinale se rétablit toujours dans l'espace de temps habituel et quelquefois même plus rapidement.

En somme, le point important sur lequel insistent les auteurs, c'est la fermeture aussi exacte que possible de la grande cavité péritonéale ; que leurs procédés soient désignés sous les noms de traitement rétro-péritonéal des pédicules, d'exclusion séreuse..., peu importe, le principe reste le même et dans tous ces cas on fait la péritonisation. Comme le disait M. le professeur agrégé Condamin, la péritonisation est possible, dans la grande majorité des cas ; nous venons, en effet, de voir les divers procédés qui ont été imaginés pour transformer la cavité péritonéale en cavité close ; ainsi on traitera l'épiploon à la façon du professeur Laroyenne pour éviter les adhérences intestinales à la paroi antérieure de l'abdomen. On recouvrira toujours de séreuse les pédicules quelque petits qu'ils soient, comme le recommande M. Condamin, en essayant même de réduire autant que possible les gros moignons ainsi que l'on tend à le faire actuellement, en pratiquant la ligature isolée des vaisseaux et en enfouissant le tout sous la séreuse, sans qu'il soit alors nécessaire de placer un lien constricteur à la base du pédicule. Enfin, dans les cas de grandes pertes de substance péritonéales, on pourra, ou bien faire l'exclusion séreuse du bassin, comme le veut M. Duret, ou bien se servir du péritoine vésical ou de la transplantation de l'S iliaque ainsi que procède Amann.

Grâce à une telle pratique, les adhérences consécutives aux opérations seront infiniment plus rares. On ne peut

pas prétendre qu'une semblable méthode mettra sûrement les malades à l'abri des néo-membranes. Bien que le péritoine soit beaucoup plus apte à s'unir aux surfaces cruentées, on sait, en effet, que les adhérences des feuillets séreux entre eux sont loin d'être rares, surtout si, au cours des interventions, le péritoine a été plus ou moins lésé, soit par le fait de l'opération, soit par celui des antiseptiques ou des lavages. C'est pourquoi le professeur Laroyenne a l'habitude de ne pas faire de lavages du péritoine et de ne pas introduire de liquides antiseptiques dans la cavité abdominale; il nettoie aussi bien que possible la surface séreuse après la laparotomie, de façon à ce qu'il ne reste aucun liquide suspect, puis il referme l'abdomen. Dans les cas où le drainage est indiqué, il fait ce que M. Condamin a appelé un Mickulicz de nécessité (1).

En péritonisant, on supprime en outre la source la plus abondante de l'exsudation inévitable sans cette précaution. Nous ne prétendons pas ici, non plus, que le suintement post-opératoire peut être absolument tari, mais son abondance moindre permettra au pouvoir de résorption du péritoine de s'exercer suffisamment pour faire disparaître l'exsudat au fur et à mesure de sa production.

De plus, les laparotomies n'étant jamais bactériologiquement aseptiques (expériences d'Auché et Chavannaz,

(1). R. CONDAMIN. Du drainage à la Mickulicz, avantages et inconvénients. *Province médicale*, décembre 1893 et janvier 1894. — BRENANS. Thèse de Lyon, 1894.

de Bordeaux) (1), l'infection post-opératoire possible est évidemment moins favorisée dans ces conditions, même chez des malades débilités, que lors d'une transsudation abondante, fournissant un bon milieu de culture aux germes pathogènes.

En rendant extra-péritonéale une plaie dont l'asepsie est imparfaite, par exemple un moignon d'appendice iléo-coecal réséqué ou un moignon d'annexes enflammées, on court certainement moins de risques de voir se produire des accidents septiques locaux, ou même des péritonites généralisées.

En s'attaquant aux causes mêmes des complications que nous avons signalées, l'emploi de la péritonisation devient donc rationnel, tant au point de vue de la clinique qu'à celui de l'expérimentation.

En effet, étant donné les faits expérimentaux précédemment cités, du moins ceux qui établissent d'une façon certaine le mode de production des accidents post-opératoires, il est logique de recourir à la méthode de M. le professeur Laroyenne, puisqu'il est démontré que les adhérences et l'exsudation se produisent beaucoup plus facilement au niveau des pertes de substance du péritoine qu'à la surface de la séreuse elle-même.

Les faits cliniques que nous rapportons démontrent de même la nécessité de péritoniser pédicules et surfaces cruentées ; les observations sont peu nombreuses, il est vrai, mais combien de cas semblables restent dans l'ombre, soit parce qu'ils ne sont pas publiés, soit parce qu'ils sont méconnus ou même ignorés.

(1) AUCHÉ ET CHAVANNAZ. Infections péritonéales bénignes d'origine opératoire. Société de Biologie. Séance du 22 octobre 1898.

Bouilly (1) insiste sur la nécessité de péritoniser; depuis 1898 il a employé cette méthode et s'en trouve fort satisfait.

Quénu (2) de même, reconnaît ses grands avantages et à propos de la castration utéro-annexielle dans certaines tumeurs des annexes, il dit que cette opération est précieuse surtout par les résultats consécutifs qu'elle permet d'obtenir; il insiste sur ce fait qu'elle permet d'assurer, dans certains cas déterminés, une réparation satisfaisante du plancher pelvien : « Envisagée à ce point de vue, dit-il, elle nous paraît bien supérieure aux autres manœuvres qui tendent au même but. Sans doute l'enfouissement des pédicules et des surfaces saignantes offre des avantages de même nature, et les réalise avec une moindre mutilation. Mais, c'est précisément aux cas où l'enfouissement est impraticable ou difficile que convient l'hystérectomie. Grâce aux lambeaux péritonéaux qui résultent du départ de l'utérus et que l'on suture l'un à l'autre, le plancher péritonéal est tout à fait net. *Or la parfaite péritonisation de toutes les surfaces cruentées doit, à l'heure présente, être considérée comme un principe fondamental de la chirurgie abdominale.* Aucun pédicule ne doit, autant que possible, faire saillie dans la cavité coelomique; aucune surface suintante, dénudée ou charnue, ne devrait être abandonnée par l'opérateur. Rétablir la continuité absolue de la couverture séreuse, voilà le vrai moyen d'obtenir les plus bénignes suites opéra-

(1) BOUILLY. XIII^e Congrès de chirurgie. *Ann. de gyn.*, 1899.

(2) QUÉNU, *Revue de Chir.*, 1900.

toires; c'est la seule méthode qui évite les adhérences post-opératoires dont la présence pourrait ultérieurement se traduire par des douleurs, des tiraillements, des troubles digestifs, et trop souvent encore, par des accidents dramatiques, tels que l'occlusion intestinale aiguë ou chronique, précoce ou éloignée. »

La péritonisation devient donc un temps nécessaire que l'on doit ajouter à ceux des opérations intra-abdominales si l'on veut procurer aux malades le plus de garanties possibles contre les complications ultérieures, et nous dirons pour finir : mieux vaut prévenir une affection que la guérir lorsqu'elle existe.

CONCLUSIONS

I. — A la suite des interventions intra-abdominales, les pertes de substance du péritoine peuvent être la source d'accidents plus ou moins tardifs.

II. — Bien que l'expérimentation n'ait pas éclairé beaucoup la pathogénie des complications, les faits cliniques démontrent suffisamment qu'elles sont dues :

a) Aux adhérences qui se forment presque fatalement entre la séreuse et les surfaces cruentées, lorsqu'elles sont en contact.

b) A l'exsudation abondante qui se produit au niveau des plaies du péritoine et facilite la création des adhérences.

c) A la production d'accidents septiques favorisés par la présence de surfaces privées de séreuse.

III. — Les complications ont été signalées surtout après l'ablation de tumeurs, lorsque leurs pédicules cruentés ont été abandonnés dans la cavité péritonéale.

On observe :

1° Des phénomènes douloureux, dus aux tirail-

lements exercés par des brides sur les organes contenus dans l'abdomen.

2° Des troubles fonctionnels, différant suivant la topographie des néo-membranes ; il s'agit, le plus souvent, d'obstruction intestinale, aiguë ou chronique.

IV. — Les phénomènes douloureux sont parfois si accusés que les malades réclament une nouvelle intervention.

Les troubles fonctionnels entraînent quelquefois la mort, malgré des laparotomies secondaires hâtives, ainsi que le montrent les observations rapportées.

Devant la gravité possible de ces complications, il importe avant tout d'instituer un traitement préventif.

V. — Le procédé de M. le professeur Laroyenne, basé sur une longue expérience, permet, la plupart du temps, d'éviter les accidents post-opératoires. Suivant ses conseils, on s'efforcera, dans toutes les opérations intra-abdominales, de combler dans la mesure du possible toutes les pertes de substance de la séreuse, en pratiquant ce que M. le professeur agrégé Condamin a appelé : *la péritonisation*.

1° On étendra l'épiploon au-devant des viscères, lorsque la paroi abdominale antérieure sera privée de séreuse, sur une plus ou moins grande surface.

2° On s'attachera surtout à conserver au-dessus des pédicules quels qu'ils soient, gros ou petits, épiploïques ou viscéraux, une collerette de péritoine suffisamment grande pour les recouvrir complètement.

VI. — Il n'y a pas de manuel opératoire spécial ; le plus souvent, les circonstances guideront les opérateurs.

Le procédé est, en général, facile à appliquer dans la plupart des cas et prolonge peu la durée des interventions.

Il est non seulement utile, mais nécessaire de l'employer systématiquement, parce que :

a) Il rend les adhérences post-opératoires infiniment plus rares.

b) Il supprime une exsudation dangereuse, surtout s'il reste des germes pathogènes dans la cavité péritonéale, et permet souvent ainsi de refermer sans crainte l'abdomen, après une toilette soignée et l'assèchement du péritoine.

c) Il diminue les chances d'infection, que peut faire redouter une aseptie imparfaite au niveau des moignons ou des plaies.

Vu :

Le Président de la Thèse,

LAROYENNE.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 9 Janvier 1901.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT..... Des occlusions intestinales post-opératoires. (*Rev. de Chir.*, 1896).
- AMANN Congrès internat. de médecine; section de gyn. (*Rev. de Chir.*, 1900).
- American text book of gynecology*, 1898.
- AUCHÉ et CHAVANNAZ. Infections bénignes d'origine opératoire. *Comptes-rendus de la Soc. de Biol.* (Séance du 22 oct. 1898).
- BOUILLY XIII^e Congrès de chirurgie (*Ann. de gyn.*, 1899).
- BOUQUET DE JOLINIÈRE. Thèse de Lyon, 1896.
- BRAUN..... *Centr. f. chir.*, 1897, n^o 27.
- BRENANS..... Thèse de Lyon, 1894.
- CHROBAK..... *Centr. f. gyn.*, 1891, n^o 35.
- COLLAS..... Thèse de Paris, 1890.
- CONDAMIN..... Du drainage à la Mikulicz; avantages et inconvénients (*Prov. Méd.*, déc. 1893-janv. 1894).
- CONDAMIN..... De la péritonisation des pédicules intra-abdominaux (*Lyon-Médical*, 1894, p. 567. *Archives de tocologie et de gynécologie*, juin 1894).
- DAURIGNAC..... Thèse de Toulouse, 1895.

- DELBET..... *Ann. de gyn.*, 1896, vol. XLVI.
 DEMBOWSKI..... *Centr. f. gyn.*, 1891, p. 281.
 DODERLEIN..... *Centr. f. gyn.*, 1894, n° 38.
 DURET..... *Ann. de gyn.*, 1899, vol. LII.
 FORGUE et RECLUS.... *Traité de thérapeutique chir.*,
 2^e édit., 1898.
 GRASER..... 24^e congrès de la Soc. all. de chir.
 (Rés. *in Sem. Méd.*, 1895, p. 194).
 GUILLEMINOT..... Thèse de Paris, 1893.
 HARTMANN..... Congrès d'Amsterdam, août 1893.
 (*Ann. de gyn.*, 1899).
 HOFFMEIER..... *Ann. de gyn.*, 1898, vol. XLIX,
 p. 97.
 JACQUES..... Thèse de Montpellier, 1899.
 JËNICKE..... Congrès de Rome, mars-avril, 1894.
 (Rés. *in Sem. Méd.*, 1894).
 JONNESCO..... Congrès international de méd.,
 sect. de gyn. (*Rev. de Chir.*, sept.
 1900).
 KELTERBORN..... *Centr. f. gyn.*, 1890, p. 913.
 KREUTZMANN..... *Americ. J. of. obstit.*, 1896.
 (vol. XXXIV, pr 830-834).
 LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité médico-chirurgical de*
gynécologie, 1898.
 LAUENSTEIN..... *Archiv. f. Klin. Chir.*, Bd XLV, 1892.
 (Rés. *in Sem. Méd.*, 1892).
 LEGUEU..... *Bulletin Médical*, 26 sept. 1894.
 MARION..... *Gaz. des Hôp.*, 1899, p. 1195.
 P. MULLER..... *Corresp. blatt. f. Schweizzer ærzte*,
 n° 17, 1^{er} sept. 1893.
 MULLER..... *Deutsch Zeit. f. Chir.*, 1887.
 NANU..... Congrès internat. de méd., sect. de
 gyn. (*Rev. de Chir.*, sept. 1900).
 NAOUMOFF..... Thèse de Montpellier, 1896.
 NICAISE..... Des adhérences péritonéales dou-
 loureuses (*Rev. de chir.*, 1894).

- NOLTSCHINI..... *Ann. de gyn.*, 1897.
OBALINSKI..... *Berlin. Klin. Woch.*, 1885, n° 12,
p. 251.
POZZI *Traité de gynécologie*, 1897.
QUÉNU *Rev. de Chir.*, 1900 (10 juillet).
RANVIER *Communication à l'Acad. des*
sciences, avril 1891.
RICHELOT *Ann. de gynécologie*, 1893.
RICHELOT *Ann. de gynécologie*, 1899, vol. LII.
SCÉNGER..... *Centr. f. gyn.*, 1894, n° 38.
SCHIFFER..... *Centr. f. gyn.*, 1894, n° 38.
TAVEL..... *Corresp. blatt. f. Schweitzer ärzte*,
n° 18 (sept. 1893).
THOMSON *Centr. f. gyn.*, 1891. Bd. XV, n° 5.
TUJA..... *Thèse de Lyon*, 1895.
WALTHARD *Corresp. blatt. f. Schweitzer ärzte*,
n° 15 (août 1893).
WILLIAM EASTERLY ASHTON. *The medical News*, 30 juillet 1892.
(Rés. in *Arch. gén. de méd.*, 1893).
VON WINIWARTER..... 21^e Congrès de la Soc. all. de
chir. (Rés. in *Sem. Méd.*, 1892).
ZWEIFEL *Centr. f. gyn.*, 1894, n° 38.
-

Imprimerie MOUGIN-RUSAND. — WALTENER et C^{ie}, successeurs
3, rue Stella — Lyon
